COMPTE

RENDU A LA

FACULTÉ DE MÉDECINE DE STRASBOURG

SUR

LES TRAVAUX ANATOMIQUES

EXÉCUTÉS

A L'AMPHITHÉATRE DE CETTE FACULTÉ,

PENDANT LES ANNÉES 1821, 1822 ET 1823.

COMPTE

RENDU A LA

FACULTÉ DE MÉDECINE DE STRASBOURG

SUR

LES TRAVAUX ANATOMIQUES

EXÉCUTÉS

A L'AMPHITHÉATRE DE CETTE FACULTÉ,

PENDANT LES ANNÉES 1821, 1822 ET 1823.

Suivi d'un premier Supplément au Catalogue de son Muséum anatomique.

PAR

JEAN-FRÉD. LOBSTEIN,

PROFESSEUR DE CLINIQUE INTERNE, D'ANATOMIE PATHOLOGIQUE, ET DIRECTEUR DU MUSÉUM ANATOMIQUE.

IMPRIMÉ PAR ORDRE DE LA FACULTÉ.

STRASBOURG,

De l'impr. de F. G. LEVRAULT, imprimeur de la Faculté de médecine.

1824.

COMPTE

Rendu à la Faculté de médecine de Strasbourg sur les travaux anatomiques exécutés à l'amphithéâtre de cette Faculté, pendant les années 1821, 1822 *et* 1823.

Messieurs et chers collègues,

Depuis la publication du Catalogue de notre Muséum anatomique[1], nos collections se sont enrichies de quatre cent quarante-neuf pièces nouvelles, dont soixante-quatorze se rapportent à l'anatomie physiologique, trois cent onze à l'anatomie pathologique, et soixante-quatre à l'anatomie comparée.

Cent quatre-vingt-douze de ces pièces sont sèches, deux cent vingt-deux sont conservées dans l'esprit de vin ou dans l'essence de térébenthine, et trente-cinq sont modelées en cire.

Sur le nombre total de ces pièces, soixante ont été achetées de M. le docteur Sultzer, et vingt-six nous ont été données par divers particuliers; le reste est dû, presque en totalité, aux travaux de M. le docteur Ehrmann, chef des travaux anatomiques : nous en devons cependant plusieurs aux laborieuses recherches de M. Alexandre Lauth, candidat en médecine; d'au-

---

1 En Juillet 1820.

tres, aux dissections de M. le docteur Aronssohn, et quelques-unes aux soins de MM. Voelmy et Eckert, étudians en médecine.

La liste que j'ai l'honneur de vous soumettre de toutes ces préparations, vous en indiquera suffisamment la valeur et l'importance. Mais, conformément à ce qui s'est pratiqué les autres années, je me permettrai de faire ressortir les plus remarquables d'entre elles, celles surtout qui me paraissent devoir contribuer à l'avancement des sciences médicales.

Je commencerai par l'anatomie physiologique tant humaine que comparée, et je finirai par les pièces d'anatomie pathologique.

I. *Anatomie physiologique de l'homme.*

Parmi les pièces qui appartiennent à cette section, celles qui frappent le plus l'attention de l'anatomiste, sont les préparations angéiologiques et névrologiques.

Quant aux premières, on s'est surtout appliqué à injecter les organes de l'embryon et du fœtus avec de la colle rougie par du cinabre, matière qui est susceptible de pénétrer le plus avant possible; et il faut convenir qu'on y a complétement réussi. Il est impossible, par exemple, de trouver une injection plus parfaite que celle des lèvres et de la bouche d'un fœtus à terme; du pariétal, de la clavicule et de l'omoplate, ainsi que du bassin d'un fœtus d'environ huit mois. Les pièces ont été conservées dans l'essence de térébenthine après avoir été séchées. Les os ont été préalablement soumis à l'action d'un acide affaibli,

lequel, après s'être emparé du phosphate calcaire, a laissé à nu le parenchyme cartilagineux, riche d'un admirable réseau de vaisseaux capillaires. Il serait bien intéressant qu'on fît faire un dessin colorié de quelques-unes de ces pièces, et notamment des os du bassin. Je ne connais aucune figure qui représente, aussi bien qu'on l'aperçoit ici, la distribution et le nombre des vaisseaux dans les os du fœtus.

C'est une vérité reconnue en anatomie, que les cartilages n'ont point de vaisseaux sanguins qui leur soient propres. Cependant cela ne s'applique qu'aux cartilages des adultes, car ceux de l'embryon et du fœtus reçoivent bien manifestement des artères et des veines, comme on peut s'en assurer en jetant les yeux sur quelques-unes de nos pièces, et particulièrement sur des os des extrémités, sciés suivant leur longueur après avoir été injectés, et sur lesquels on distingue des vaisseaux dans l'intérieur des épiphyses encore cartilagineuses.

La substance médullaire du cerveau peut être placée à côté des cartilages, relativement à la difficulté de l'injecter. On n'a pas encore réussi à faire pénétrer jusque dans les parties les plus intimes de cette pulpe blanche les matières propres aux injections les plus délicates.

Il n'en est pas de même pour la substance corticale. Plusieurs pièces de notre cabinet présentent cette dernière complétement teinte en rouge par la matière de l'injection. Quant à la pie-mère, il est plus fréquent de la voir parfaitement injectée ; mais rien n'égale, sous ce rapport, la richesse de la préparation, faite par M. Ehrmann, d'une pie-mère de fœtus, que l'on peut

placer hardiment à côté de celle qu'a représentée Albinus, si elle ne lui est pas supérieure. L'injection de la moelle de l'épine d'un autre fœtus, pour ce qui regarde son enveloppe fournie par la pie-mère, est certainement ce que l'on peut trouver de plus achevé en fait de préparation angéiologique de cette partie du corps. Les nerfs qui sortent des deux côtés de cette moelle, sont préparés de manière qu'on aperçoit les petits vaisseaux qui rougissent leurs cordons et leurs ganglions.

Une partie de l'œil que l'on n'observe que sur l'embryon, et que j'ai vue, pour la première fois, injectée distinctement, c'est la membrane pupillaire, qui fait partie des pièces préparées l'année dernière. Sur un autre œil, également de fœtus, on aperçoit les vaisseaux de la membrane crystalloïde se ramifiant de la manière qu'a déjà indiquée et représentée Albinus.

Les membranes muqueuses sont, de toutes les membranes, non-seulement les plus riches en vaisseaux, mais aussi celles sur lesquelles on peut suivre avec le plus de facilité leur distribution. Ici encore les injections des muqueuses du canal alimentaire dans l'embryon et le fœtus sont arrivées au dernier degré de perfection. L'estomac d'un fœtus à terme, considéré à sa surface interne, présente une injection qui ne saurait être surpassée. Il est bien entendu que toutes ces pièces doivent être examinées à l'aide de la loupe.

Le système urinaire (toujours dans le fœtus) offre le caractère des vaisseaux propres aux reins, c'est-à-dire, l'aspect ponctué et étoilé que ces organes

ont à leur surface quand on les dépouille de leurs enveloppes. Mais, ce qu'on chercherait, je pense, en vain dans les cabinets de l'Europe, c'est une matrice d'embryon de six mois, encore à demi transparente, comme le sont les organes à cet âge de la vie, et qui présente un aspect pointillé par l'effet de l'injection qui a pénétré dans son tissu.

A aucune époque les travaux relatifs à l'injection des vaisseaux lymphatiques n'ont été suivis à notre Faculté avec autant d'ardeur qu'aujourd'hui : aussi les pièces importantes qui ont été préparées, surtout dans la dernière année scolaire, attestent-elles les progrès qu'ont faits dans cet art difficile MM. Ehrmann et Alexandre Lauth. Le premier a enrichi le cabinet de préparations offrant les vaisseaux lymphatiques sur l'estomac et le mésentère du blaireau. Il a en outre injecté le plexus de ces vaisseaux sur une matrice de femme au sixième mois de la grossesse, et a en même temps et sur cette même pièce constaté les ramifications nerveuses, telles que les a indiquées M. *Tiedemann*, dans son bel ouvrage *De nervis uteri*. Le second, s'occupant d'un travail *ex professo* sur les vaisseaux absorbans et sur leur rapport avec les veines sanguines, les a poursuivis jusque sur les parois mêmes de l'estomac et des intestins de l'homme, et les a si parfaitement remplis sur une portion d'intestins de chien, que toute la pièce semble être argentée. Encore quelque temps, et nous possèderons les lymphatiques de toutes les parties du corps sur lesquelles l'industrie des anatomistes a jusqu'actuellement découvert ces vaisseaux, et alors nous n'aurons certainement plus rien à envier aux plus fameux

cabinets du monde. Je dirai à cette occasion que l'appareil pour l'injection des lymphatiques a été beaucoup perfectionné. Des tubes en acier, garnis de robinets mieux travaillés que ceux dont on se servait autrefois, ont remplacé ceux en verre, et ne sont pas moins fins que ces derniers. Un mécanisme ingénieux a été imaginé par M. Ehrmann et exécuté par M. Lichtenberger. Le tube principal, renfermant la colonne de mercure, peut être suspendu, dirigé dans divers sens et arrêté dans une position fixe. Cet appareil, d'un emploi facile, économise beaucoup de temps.

Je passe aux préparations névrologiques. Plusieurs d'entre vous, Messieurs, ont déjà admiré avec moi le soin et la perfection avec lesquels elles ont été exécutées. Les filets que donne le nerf facial en traversant le temporal; les ramuscules appartenans aux muscles du marteau et de l'étrier; l'anastomose trouvée par le professeur Jacobson dans la caisse même du tambour, et qui établit une communication entre le grand sympathique, le glosso-pharyngien et le nerf Vidien : tous ces objets peuvent être étudiés désormais avec facilité par les élèves, grâce aux travaux de M. Ehrmann. Mais un chef-d'œuvre de préparation que nous devons à ce dernier, c'est la dissection de tous les nerfs cérébraux sur une seule tête. Ce qu'on avait cru impossible du temps de Meckel, l'aïeul du professeur actuel, savoir, la préparation de la seconde et troisième branche de la cinquième paire sur le même côté, non-seulement se trouve ici réalisé; mais on voit encore sur la même pièce et du même côté tous les nerfs de l'orbite, le facial et toutes ses communications avec le trijumeau, le grand sympa-

thique et ses nombreuses anastomoses avec le glosso-pharyngien, la paire vague et les nerfs cervicaux. Il importe d'observer que les filets les plus déliés sont suivis jusqu'à leur terminaison; que ceux qui rampent dans des canaux osseux, sont tous mis à découvert; que les rameaux les plus superficiels n'empêchent pas de voir les rameaux les plus profonds, même ceux qui appartiennent à l'oreille interne. Il n'existe certainement aucun ouvrage où l'adresse, la patience et l'industrie de l'anatomiste soient portées à un aussi haut degré.

M.r A. Lauth s'est encore distingué par sa préparation des nerfs de la face et du cou avec toutes les anastomoses entre le facial et le trijumeau, et celle du plexus brachial et de tous les rameaux qui en émanent: ces pièces attestent son talent pour la dissection. Nous lui devons des préparations fines qui montrent le rapport des filamens nerveux avec les vaisseaux sanguins du foie. Des filets pour la veine-porte, sur l'existence desquels j'avais conçu des doutes, ont été constatés par lui de la manière la plus évidente.

II. *Anatomie comparée.*

Quand on réfléchit aux travaux multipliés qui s'exécutent dans notre amphithéâtre d'anatomie pendant l'espace d'un seul semestre : quand on fait attention que toutes les parties de l'enseignement qui s'y rapportent marchent de front; que les dissections particulières des élèves et les opérations chirurgicales sur les cadavres se font avec un zèle soutenu, sont constamment surveillées et dirigées par les chefs des

travaux anatomiques, et l'ont été notamment dans le courant de l'hiver dernier par M. le docteur Belmas qui leur a voué ses soins et ses talens : quand on sait que tout est mis à profit dans nos dissections; que chaque année les cabinets s'augmentent des pièces les plus curieuses sur l'anatomie physiologique et pathologique de l'homme: quand, en un mot, on se retrace l'activité qui règne dans nos laboratoires, et que commandent la nature du service et l'importance des cours, on se demande avec étonnement, comment on a trouvé assez de temps pour se livrer encore à l'anatomie comparée. Et pourtant, Messieurs, depuis plusieurs années cette branche importante des sciences naturelles a été cultivée avec tant de soin que, depuis la publication de notre catalogue, le nombre de nos préparations d'anatomie comparée s'est beaucoup accru.

On a disséqué avec attention trois espèces de singes, savoir le *malbrouc* (*simia faunus*), le *magot* (*simia inuus*) et le *mongous* (*lemur mongos*), et les particularités qui ont été trouvées sur leur système musculaire, leurs viscères et leurs nerfs, toutes décrites, consignées et rédigées, vous seront soumises aussitôt que vous le désirerez. On n'attend qu'un instant favorable pour réunir et coordonner les notes prises sur le singe *pleureur* (*simia capucina*), sur le *callitriche* (*simia sabæa*), et sur le *sajou cornu* (*simia fatuellus*). La dissection du blaireau, du renard, de la fouine, du chamois, du cygne sauvage, de la cigogne, du héron, du canard, du combattant (*tringa pugnax*), de la couleuvre à collier (*coluber natrix*), nous ont fourni des pièces nombreuses et instructives. Dans la classe des

vers et dans celle des mollusques, M. Ehrmann a fait l'analyse anatomique de l'aphrodite hérissée (*aphrodite aculeata*) et du poulpe commun (*sepia octopodia*), deux préparations extrêmement intéressantes, mais qui appartiennent au muséum d'histoire naturelle de la ville. Le même anatomiste a supérieurement injecté les placentas de la vache et de la chèvre, ainsi que le chorion du cheval, préparations qui sont, à mon avis, ce qu'il y a de plus parfait en ce genre. La description que j'essaierais de vous faire des vaisseaux floconneux qui constituent les cotylédons des deux premiers de ces animaux, serait bien au-dessous de la réalité. Ces vaisseaux doivent être vus au microscope. Des figures coloriées qui les représenteraient fidèlement, seraient bien accueillies par tous ceux qui cultivent l'anatomie comparée et qui s'intéressent à ses progrès.

III. *Anatomie pathologique.*

J'arrive, Messieurs, aux pièces d'anatomie pathologique, et il n'y en a pas une qui n'excite l'attention à un haut degré, qui ne donne matière à des réflexions importantes, et qui ne puisse devenir le point de départ de considérations très-élevées concernant l'organisme en état de santé et de maladie. Je dis *en état de santé*, parce que, plus je m'occupe de l'anatomie pathologique, plus je suis convaincu que l'examen des maladies, de leurs suites et des altérations physiques qu'elles entraînent, est d'un immense secours pour l'étude de la physiologie. Mais, d'un autre côté, ne perdons pas de vue que

c'est surtout aux symptômes et aux accidens des maladies qu'il faut rapporter les dérangemens organiques découverts par l'ouverture des cadavres, et que ce n'est que par l'étude de ces rapports que la science pourra marcher vers sa perfection. Dussé-je donc encourir le reproche de consacrer trop de place aux détails pathologiques, je ne craindrai pas de rapporter ces détails, et de faire l'histoire de la maladie toutes les fois que l'importance des pièces préparées me paraîtra l'exiger.

I. C'est une chose admise, que le volume et la configuration du crâne sont généralement en rapport avec le degré d'intelligence et avec les bons ou les mauvais penchans de l'individu auquel il a appartenu. Deux têtes de notre collection peuvent fournir une nouvelle preuve de cette remarque, que l'on a faite il y a long-temps.

Dans l'une de ces têtes le front est singulièrement aplati ; le vertex s'élève en pointe ; toutes les sutures sont effacées, et l'intérieur du crâne offre un espace fort rétréci : c'était la tête d'un idiot. On sait que l'idiotisme est la seule espèce d'aliénation mentale où les recherches anatomiques ont constaté un rapport prononcé entre le physique et le moral, et où le changement organique du crâne est tel que je viens de l'indiquer.

L'autre tête est très-alongée dans le sens de son diamètre antéro-postérieur ; le front est très-saillant, mais le vertex très-déprimé : ce qui fait paraître le crâne comme étranglé par le milieu, à peu près comme ces estomacs qui, par un rétrécissement dans leur partie moyenne, sont divisés en deux culs-de-sac. Cette tête

a appartenu à un individu de cette classe d'hommes qu'on désigne vulgairement sous les noms de *vauriens*, de *mauvais garnemens*, et qui, quelquefois, avec beaucoup d'esprit, tiennent la conduite la plus répréhensible. Si le docteur Gall examinait cette tête, la saillie du front lui prouverait le développement des organes et de l'intelligence ; la dépression du sommet de la tête, l'absence de la *persévérance* et de la *vénération*; et il ne manquerait pas de trouver dans cette disposition physique la cause de l'état moral de cet individu. Le physiologiste se bornera à voir dans la conformation vicieuse de cette tête la cause d'un développement irrégulier de l'encéphale, par lequel il n'a été mis à la disposition de l'ame qu'un organe imparfait.

II. Le cabinet s'est accru de quelques-unes de ces têtes très-pesantes, dont les os du crâne offrent à leur surface externe de nombreuses inégalités plus ou moins rugueuses et quelquefois en forme de mamelons. Une coupe faite dans un de ces crânes a démontré que la substance diploïque était remplacée par une substance compacte, ayant l'aspect et la dureté de l'ivoire. Sous ce rapport, ces calottes ressemblent parfaitement à ces os longs qui sont convertis en cylindres pleins par l'ossification de leur cavité médullaire, maladie à laquelle on a donné le nom d'*enostose*. Une autre analogie les rapproche, c'est que leurs surfaces externes sont inégales, rugueuses, et creusées de nombreux sillons qui logent les vaisseaux nourriciers très-développés. Ces têtes, qui ont appartenu à des sujets vénériens, n'ont plus ni cornets, ni vomer, ni la partie labyrinthique de l'os

ethmoïde, ni les os du palais. C'est donc une particularité assez digne de remarque, qu'à côté de la destruction provoquée par le virus syphilitique on observe un accroissement, une augmentation de volume et une véritable hypertrophie.

III. Mais, quel que soit le degré d'exaltation des fonctions nutritives dans les maladies organiques des os, celles-ci peuvent offrir d'étonnantes différences, qui paraissent dépendre de l'influence de certains principes morbifiques. Tantôt, en effet, le phosphate calcaire se dépose en grosses masses irrégulières autour des articulations et sur les os mêmes, ce qui produit les exostoses : tantôt il prend une forme et un aspect si réguliers, qu'on serait tenté d'y admettre une cristallisation animale, particulièrement dirigée par une force plastique plus énergique et plus développée. Je vais rapporter deux exemples de ce que j'avance, et c'est peut-être ce qui existe de plus curieux en fait de lésions organiques du système osseux.

1.° Marguerite Siefert, sourde et muette de naissance, parvint à l'âge de quarante ans sans éprouver aucune maladie. Elle était alors forte et robuste, et d'une taille de cinq pieds trois pouces. Seulement, de temps à autre, elle était sujette à une tuméfaction non inflammatoire des pieds et des jambes, qui ne l'empêchait pas de se livrer aux travaux de la campagne. Un jour, étant aux champs et rentrant avec une charge qu'elle portait sur la tête, elle tomba et ne put se relever. On vint à son secours, et on la ramena dans une voiture. Ne pouvant pas remuer les extrémités inférieures, elle fut obligée de garder le lit.

On n'appela point d'homme de l'art ; on se contenta de quelques remèdes domestiques, et notamment de fomentations toniques et fortifiantes, appliquées sur les jambes. Au bout de trois semaines la malade fut en état de se lever ; mais, quoiqu'on ne s'aperçût d'aucun dérangement ni d'aucune difformité dans ses extrémités inférieures, elle ne put marcher qu'à l'aide de béquilles. Il lui en fallut d'abord deux, puis elle n'en employa plus qu'une, et enfin celle-ci même lui devint inutile. Un an après cet accident, étant occupée aux travaux du jardinage, elle fit une seconde chute, et cette fois elle se cassa les deux os de la jambe droite à quatre travers de doigt au-dessous du genou. Un officier de santé fut appelé, et la fracture, qui était simple, fut guérie en cinq semaines. Mais dès ce moment on s'aperçut que cette fille rappetissait au point que, dans un espace de six ans, sa taille avait diminué d'un pied. Dans tout cet intervalle la marche fut de plus en plus pénible, et finit par devenir impossible. Les articulations des genoux offrirent une grande difformité ; les fémurs parurent luxés dans leurs cavités cotyloïdes. La malade ne souffrait point, excepté lors des variations de l'atmosphère. Devenue, depuis six ans, tout-à-fait impotente, elle fut placée à l'hôpital. Elle y resta treize mois, et mourut à l'âge de quarante-huit ans et demi. Une particularité remarquable est que chez cette femme les règles se supprimèrent, sans cause connue, à l'âge de trente-deux ans ; qu'elles restèrent supprimées huit ans sans occasioner d'accidens ; qu'elles reparurent lors de la première chute qu'elle fit, et qu'elles continuèrent

à couler régulièrement sans exercer aucune influence appréciable sur la maladie des os et des articulations. Au reste, cette femme n'était point sans intelligence. Avant sa maladie, elle aimait à s'occuper et était même passionnée pour le travail. Outre les grossiers ouvrages de la campagne, elle savait très-bien filer, coudre et tricoter.

L'examen superficiel du cadavre me fit conjecturer que les extrémités inférieures devaient être entièrement disloquées. La jambe droite était tordue et pliée en dedans; les articulations des genoux et des hanches étaient attaquées de gonflement; on y sentait des portions osseuses, comme libres et détachées, qui firent croire à des fractures à toutes ces parties. La dissection confirma bien l'existence de saillies, de tumeurs et de prolongemens considérables aux os innominés, aux fémurs et aux os de la jambe, ainsi que la présence de pièces osseuses fixées dans les ligamens, les aponévroses, les tendons, en un mot, dans les parties molles qui entourent les articulations; mais bientôt nous découvrîmes que cette disposition contre-nature n'était l'effet d'aucune violence externe, et qu'elle était due à un travail pathologique qui avait eu pour résultat la formation d'un nombre considérable d'exostoses et de pièces osseuses isolées, les unes plus irrégulières que les autres. Voici les détails extrêmement curieux que la dissection des parties nous a offerts.

Articulation fémoro-coxale droite. La cavité cotyloïde était détruite, oblitérée et entièrement remplie d'une matière osseuse d'un tissu moitié spongieux et moitié compacte. Le sommet de cette cavité

était surmonté d'une exostose formée d'une série de végétations osseuses, ayant quatre pouces neuf lignes de diamètre transversal, et figurées en mamelons, en prolongemens tranchans et en pointes séparées les unes des autres par des trous, des fosses et des scissures : cette exostose paraissait résulter d'une exubérance de la table externe de l'os. Une autre végétation osseuse était placée sur l'éminence iléo-pectinée, et à côté d'elle se trouvait une apophyse styloïde assez longue. Le ligament falciforme du bassin était ossifié dans presque toute son étendue.

Le fémur de ce côté, sans tête et sans col, offrait, à sa partie supérieure antérieure et interne, une énorme exostose, représentant un triangle dont le sommet se terminait en deux pointes très-aiguës. La base de ce triangle elle-même présentait une échancrure semilunaire, et postérieurement une surface formée d'un tissu réticulaire, encroûté çà et là d'une couche très-mince de substance compacte : c'est par cette surface que s'articulait ce fémur avec la cavité cotyloïde. L'extrémité inférieure de cet os était également très-déformée ; il y avait encore quelques traces du condyle interne, mais l'externe n'existait plus. A sa place se trouvait une surface oblique et raboteuse, garnie, à sa partie antérieure, de végétations osseuses irrégulières. De semblables végétations se remarquaient çà et là au-dessus du condyle interne.

Le tibia et le péroné avaient été fracturés vers leur milieu. Un cal en forme d'exostose indiquait l'endroit de la fracture et unissait entre eux les deux os. Le péroné offrait encore deux autres exostoses,

l'une au-dessus et l'autre au-dessous de la fracture du tibia. Celui-ci était très-défiguré à son extrémité supérieure : on y remarquait encore, à la vérité, les deux cavités glénoïdes, mais l'externe était extrêmement large et raboteuse. Le pourtour des condyles était hérissé de végétations et d'excroissances osseuses. La tête du péroné était soudée avec une de ces excroissances, ayant trois pouces neuf lignes de diamètre transversal et deux pouces cinq lignes de hauteur. Autour de l'articulation du genou et dans son appareil ligamenteux se trouvaient enchâssées neuf pièces osseuses de différentes grandeurs. La plus volumineuse avait trois pouces de largeur, deux pouces cinq lignes de hauteur, et deux pouces d'épaisseur; à raison de sa forme irrégulière on ne pouvait la comparer à rien. Une autre avait la forme de la rotule; une troisième, celle du grand trochanter; une quatrième était d'une forme semilunaire; une cinquième et une sixième ressemblaient à un os cunéiforme; une septième, à un os sésamoïde très-gros; enfin, une huitième et une neuvième, à des portions de côtes.

Articulation fémoro-coxale gauche. Un très-grand désordre se remarquait à cette articulation. La cavité cotyloïde était effacée, détruite et changée en une longue cavité glénoïde à surface raboteuse. Le bord supérieur de cette cavité formait une longue excroissance inégale, qui se terminait, tout près de l'épine antérieure et inférieure de l'os des îles, en une grosse tubérosité. Cette cavité cotyloïde, ainsi déformée, était surmontée et comme abritée par une lame osseuse de trois à quatre lignes d'épaisseur, formant une espèce de toit distant de cinq à six lignes

du sourcil de la cavité cotyloïde, mais attachée à l'os des îles en deux endroits, 1) à la lèvre externe de la crête, et 2) à la partie supérieure de la cavité cotyloïde. Ce toit osseux avait quatre pouces huit lignes d'étendue transversalement; sa plus grande largeur, d'avant en arrière, était de deux pouces neuf lignes.

La partie supérieure du fémur était extrêmement défigurée. 1) Il n'y avait plus ni tête ni col, de sorte que cet os ne commençait véritablement qu'au grand trochanter. 2) Une surface inégale jouait dans la cavité cotyloïde extrêmement déformée. 3) A la partie supérieure interne et un peu antérieure, et presque à la hauteur du petit trochanter, commençait une exostose très-considérable, ayant quatre pouces dans son long diamètre, deux pouces quatre lignes dans sa plus grande largeur, et se terminant en bas par deux pointes, une antérieure, épaisse, et l'autre postérieure, grêle et aiguë. Cette exostose, qui ressemblait en quelque sorte à un callus difforme, résultant d'une fracture mal guérie, offrait une espèce de surface ou de cavité glénoïde, mais presque entièrement raboteuse.

Autour de cette articulation fémoro-coxale et dans son appareil ligamenteux se trouvaient trente-huit pièces osseuses extrêmement difformes, et pour cela impossibles à décrire, mais pouvant toutes être rangées dans la classe des os mixtes, excepté trois qui étaient longues et qui ressemblaient à des portions de côtes. L'une d'elles avait quelque analogie de forme et de texture avec la dernière phalange du second ou troisième orteil. Trente-six autres pièces, que, par leur forme et leur structure, on pourrait comparer à des corps

de vertèbres du fœtus, détachées et séparées de leurs lames, étaient renfermées dans un kiste ou une espèce de bourse muqueuse située à la partie supérieure et interne de la cuisse.

Les condyles du fémur n'étaient point gonflés; seulement on remarquait, sur les bords des surfaces articulaires, des végétations osseuses en forme de petits champignons ou de grosses verrues, dont la plupart étaient adhérentes à l'os, mais dont quelques-unes, plus volumineuses, ne tenaient aux condyles qu'au moyen d'un ligament mince et synovial.

La rotule, plus large qu'à l'ordinaire, ayant un diamètre transversal de deux pouces trois lignes, était entourée de tubercules osseux, dont l'un, plus considérable, était soudé au bord supérieur et interne de cet os; les autres lui étaient unis au moyen d'un tissu ligamenteux, ou plutôt étaient contenus dans la capsule articulaire même.

Dans l'intérieur de l'articulation et entre les deux condyles du fémur se trouvait logée une pièce osseuse de quatorze lignes de largeur, d'un pouce de hauteur et de sept lignes d'épaisseur. Cette pièce, au moyen d'un ligament long de huit lignes, tenait à la face interne du ligament capsulaire, au point où devait être attaché le ligament ailé du côté gauche. Elle était probablement dans l'origine un cartilage flottant, accidentellement développé dans l'intérieur du genou, et qui avait fini par s'ossifier.

Un désordre assez grand se remarquait encore au tibia. Toute la partie supérieure de cet os, comprise entre l'épine et les condyles, était affectée d'un gonflement considérable, ou plutôt d'une hyperos-

tose formant un rebord osseux, saillant et assez élevé, mais très-inégal devant la partie antérieure de la face articulaire des condyles, et détachant de ses faces externe et postérieure des prolongemens en forme d'apophyses pointues plus ou moins longues. La plus volumineuse de celles-ci, longue de quatre pouces cinq lignes, commençait à environ deux pouces au-dessous de l'articulation de la tête du péroné avec le tibia, et descendait le long de l'angle externe de ce dernier os. Une autre descendait du condyle externe du tibia, et avait quinze lignes de longueur. Une troisième était placée postérieurement dans la direction du ligament de Winslow, et avait trois pouces et demi de longueur. Plusieurs autres excroissances, en partie stalactiformes et en partie analogues à des apophyses styloïdes, se trouvaient placées dans l'espace creux qui existe entre le condyle externe du tibia et la tête du péroné. Celle-ci avait vingt-deux lignes de largeur, et était parfaitement soudée avec le tibia.

En considérant la disposition de ces exostoses styloïdes et stalactiformes, on n'a pas pu se défendre de l'idée qu'elles étaient toutes formées par une ossification des ligamens, des tendons et des fibres aponévrotiques des muscles. D'abord, les ligamens qui unissaient la tête du péroné au tibia, étaient évidemment ossifiés; en second lieu, les autres productions osseuses étaient toutes placées dans le sens et dans la direction des ligamens et des fibres tendineuses.

Les autres os du squelette de cette femme n'offrirent rien de particulier; le sacrum seul présentait, à sa face antérieure et au-dessus du troisième trou

sacré du côté gauche, une apophyse très-grêle, longue de trois pouces, qui se perdait dans le muscle pyriforme de ce côté.

Telle est, Messieurs, la description exacte et peut-être un peu minutieuse de cette singulière maladie, que je ne sais sous quel nom désigner et qui me paraît être l'effet d'une *diathèse spéciale.* Ses causes me sont absolument inconnues. Rien n'annonçait dans la malade l'existence d'un principe spécifique et d'un agent morbifique particulier. Nous sommes donc réduits à nous arrêter à la frappante anomalie de l'acte nutritif, et à la mauvaise direction qu'avait prise la force plastique. Par quoi celle-ci a-t-elle été influencée, et comment s'est-elle écartée des limites que lui a tracées la nature ? Ici nous n'avons pas même des conjectures à présenter. Aucune fièvre, aucune affection aiguë n'avait précédé la maladie ; aucune des révolutions dont l'organisme est quelquefois le théâtre, n'en a donné le signal. Les règles, qui avaient été supprimées, s'étaient rétablies après la première chute, et coulèrent régulièrement pendant tout le temps que la nature était occupée de cette ossification singulière. Seulement, pour hasarder une hypothèse dans une matière aussi obscure, il m'a semblé avoir reconnu dans cette femme une sorte de faiblesse et de demi-paralysie dans les membres inférieurs, laquelle probablement avait été la cause de la tuméfaction des jambes et des deux chutes qu'elle fit. Une diminution des forces nerveuses étant admise dans ces membres, le travail nutritif n'y était plus surveillé ni convenablement dirigé ; dès-lors, la force plastique en a usé avec toute la latitude, je dirais presque avec toute la licence com-

patible avec les lois de l'organisme. Ces lois étaient encore en partie suivies, en tant que le phosphate calcaire avait envahi les parties fibreuses avec lesquelles il a une sorte d'affinité. Toutefois me paraît-il vraisemblable qu'une innervation affaiblie faisait le caractère essentiel de cette maladie. Admettez, en effet, cette cause, quelque part que vous voudrez, notamment aux extrémités inférieures, et vous aurez des muscles transformés en graisse, des endurcissemens du tissu cellulaire, des maladies de la peau, en un mot, des irrégularités frappantes dans l'acte nutritif.

2.° J'ai promis un autre exemple pour prouver une sorte de régularité dans l'incrustation des os malades par le phosphate calcaire : c'est un bassin d'homme, dont les os innominés sont affectés de gonflement, et montrent leurs surfaces hérissées de végétations en forme de lames ou de fibres osseuses. Celles-ci sont posées perpendiculairement et comme des stalactites sur la surface des os, et constituent par leur ensemble un tissu que l'on pourrait comparer aux filamens du velours, mais qui, considérés à la loupe, ne sont autre chose que d'innombrables houppes osseuses placées en forme d'aiguilles coniques les unes à côté des autres.

Les os pubis et ischion du côté droit offrent des végétations tellement considérables, que le trou ovalaire en est beaucoup rétréci. Le sacrum est peu altéré ; sa face postérieure surtout ne montre aucun changement de texture.

Ce changement dans la structure élémentaire de ces os n'est pas, à ce qu'il paraît, uniquement dû à la raréfaction du tissu primitif, mais bien évidemment

à un surcroît de matière, et conséquemment à une nouvelle formation; car, si la première de ces suppositions était vraie, l'arrangement qu'offrait la substance compacte des os innominés aurait été beaucoup plus dans le sens de la structure primitive. Il y aurait eu, par exemple, des enfoncemens et des sillons suivant la direction des vaisseaux, et entre lesquels le tissu osseux aurait paru spongieux et raréfié; ou peut-être on aurait vu des élévations en forme de mamelons, séparées les unes des autres par des sinuosités et des rainures plus ou moins profondes, et non un tissu représentant une sorte de cristallisation, toute particulière, du phosphate calcaire.

Les fémurs (car ils participaient aussi à la maladie des os du bassin) présentaient un changement d'organisation différent, et qui était réellement dans le sens de la structure de leurs fibres. De nombreuses lames, posées perpendiculairement et dans la direction de l'axe de l'os, produisaient une infinité de petits sillons longitudinaux. Mais cette altération se bornait à la couche superficielle, et, pour ainsi dire, à l'écorce de l'os; car, dans le reste, la substance compacte était aussi dense qu'elle doit l'être dans l'état naturel. On remarquait bien manifestement dans certains endroits que les fibres et lames longitudinales étaient d'une nouvelle création, parce qu'elles étaient comme collées sur la substance primitive de l'os. Dans un autre endroit cette nouvelle substance était aussi *filamenteuse* que celle dont étaient chargés les os innominés; elle avait de plus une couleur tirant sur le rose, que ne montraient pas les autres endroits altérés.

Au reste, ce bassin avait un poids beaucoup plus considérable qu'à l'ordinaire[1]; il pesait vingt-huit onces et demie, preuve manifeste qu'il y avait en lui surcroît de matière, et non simple raréfaction de tissu.

La maladie à laquelle a succombé l'homme dont je viens de décrire le bassin m'étant absolument inconnue, je ne puis rien avancer sur les causes prochaine et éloignée du changement d'organisation que m'ont offert les os innominés; mais je ferai remarquer que, d'autres fois, j'ai trouvé sur la surface des os des végétations qui avaient l'aspect aussi régulier que celles que je viens de décrire.

IV. Nous conservons au Muséum un morceau de crâne sur lequel s'était fixé un fongus médullaire (le même qui a été décrit par M. Eugène Cailliot dans la sixième observation, page 25, de sa Dissertation inaugurale, *Essai sur l'encéphaloïdes ou fongus médullaire*), et qui communiquait par une fente triangulaire, pratiquée dans le pariétal, avec des fongosités dont était hérissée la surface externe de la dure-mère.

L'examen attentif de ces os malades me fit voir que non-seulement le diploé était raréfié et qu'il offrait un tissu dont les mailles étaient plus larges que dans l'état naturel, mais que la table externe était encroûtée d'une couche osseuse qui, considérée à la loupe, offrait un aspect régulier, pareil aux fibres osseuses dont l'ensemble compose les os du crâne dans l'embryon. Ces fibres étaient en partie droites et en partie tortueuses; elles étaient séparées les unes

---

1 Le poids ordinaire d'un bassin est de 19 à 20 onces.

des autres par des sillons qui, dans l'état frais, servaient manifestement à loger de petits vaisseaux.

La table interne de ces os était également encroûtée d'une couche osseuse, mais qui présentait un autre aspect que celui de la table externe. Au lieu de fibres, et de rainures longitudinales et tortueuses, cette couche se composait d'une multitude de végétations stalactiformes, longues d'une ligne, et d'un tissu extrêmement poreux.

Je suis très-porté à croire qu'ici, comme dans le cas précédent, les couches osseuses qui encroûtaient les surfaces des os, sont d'une nouvelle formation; qu'elles résultent d'un développement extraordinaire des vaisseaux capillaires rampans dans le périoste, et vraisemblablement chargés d'opérer la sécrétion du phosphate calcaire. En effet, les nombreux sillons creusés dans cette substance nouvellement formée dénotent la présence et l'action des vaisseaux, et les lignes saillantes qui bornent ces sillons, semblent prouver que le phosphate calcaire s'est épanché sur les côtés. Il arrive ici exactement ce qu'on voit se passer dans l'épiploon de certains individus, savoir, que la substance graisseuse entoure à droite et à gauche les vaisseaux sanguins, les suit dans toutes leurs ramifications, et leur fait, pour ainsi dire, un rempart.

Je n'hésite pas à ranger l'espèce d'altération dont je viens de m'occuper, dans la classe du *spina ventosa,* dont je crois qu'il faut étendre l'idée et la définition. Ce n'est pas seulement à la distention du cylindre médullaire des os longs qu'il faut consacrer cette dénomination; mais on doit, ce me semble,

admettre l'existence de la maladie dans toute espèce d'os, chaque fois qu'il y a raréfaction de leur tissu élémentaire avec développement de nouveaux vaisseaux, sans ou avec addition de nouvelles matières, soit osseuses, soit sarcomateuses. J'ajoute que quelquefois le tissu osseux nouvellement formé offre une apparence fibreuse, et d'autres fois une structure celluleuse et stalactiforme. Dans quelques cas aussi, j'en conviens, il ne paraît pas qu'il y ait une nouvelle formation, c'est-à-dire, une création de nouvelles fibres osseuses ajoutées aux anciennes; mais le tissu primitif des os, de compacte qu'il était, devient poreux, réticulaire et spongieux, probablement par l'action des vaisseaux, qui écartent les fibres osseuses entre lesquelles ils sont placés. Quant au développement de ces vaisseaux, il est dû lui-même à une force impulsive, imprimée au système nerveux par des causes spécifiques et des agens la plupart inconnus.

Nul doute pourtant que le virus syphilitique, le scrophuleux, et même le cancéreux, ne doivent être comptés au nombre de ces agens. La *raréfaction fibrillaire et corticale* qui attaque les os longs, et dont je vous ai entretenus dans mon dernier rapport sur le Muséum anatomique, est manifestement due à l'action du virus vénérien; et, quant au virus cancéreux, nous possédons une tête dont plusieurs os de la face sont rongés, où le coronal est percé d'une large ouverture par l'effet d'un carcinome, et où, néanmoins, les os malades, et notamment le frontal, offrent une couche réticulaire de substances osseuses nouvellement formées. Ainsi, tandis que d'un côté

cette maladie ronge, détruit et enlève, nous la voyons, par un contraste manifeste et par un effet bizarre de son action, ajouter, créer et former. Il n'y a que le principe scorbutique qui détruise sans rien créer : preuve frappante que, dans cette diathèse, au lieu d'une névrosthénie exaltée, il y a, au contraire, absence d'innervation et de toute impulsion vitale.

V. Cette impulsion, au reste, est si nécessaire, même pour le travail de la nutrition moléculaire, que celui-ci languit toutes les fois qu'elle manque ou qu'elle est affaiblie. C'est ainsi que nous voyons tomber en atrophie des membres dont les nerfs ont éprouvé un violent ébranlement par des causes externes. Un exemple remarquable, tiré de notre cabinet, en est une nouvelle preuve. Un homme, qui est parvenu à l'âge de cinquante-quatre ans, avait été renversé sur le pavé, à l'âge de trois ans. On remarqua depuis cette chute une faiblesse de la jambe droite ; peu à peu on y observa une diminution de volume, et, à mesure que l'enfant grandit, cette partie du corps devint plus grêle, plus petite, et détermina une claudication qu'au premier aspect on était tenté d'attribuer à une luxation spontanée. Cet homme étant mort à l'hôpital civil, le 14 Octobre 1821, à la suite d'un marasme qui se termina par une diarrhée colliquative, nous examinâmes attentivement toute l'extrémité inférieure droite. Nous trouvâmes que, depuis la partie droite du bassin jusqu'à la plante du pied, les os et les muscles étaient singulièrement rappetissés. L'os innominé droit, par exemple, avait deux lignes d'épaisseur à sa partie iliaque, et quatre lignes au côté gauche. La crête de

l'os des îles avait quatre pouces six lignes d'étendue au côté malade, et quatre pouces neuf lignes au côté sain. La hauteur de l'os innominé, depuis le milieu de la crête jusqu'à l'échancrure sciatique, était de trois pouces trois lignes au côté malade, et trois pouces huit lignes au côté sain. La tubérosité de l'ischion avait une ligne d'épaisseur au côté malade, et six lignes au côté sain. La cavité cotyloïde avait un pouce six lignes de hauteur au côté malade, et un pouce onze lignes au côté sain. Le fémur droit était beaucoup plus grêle que celui du côté gauche : le poids du premier était de trois onces deux gros et demi, et celui du second, de cinq onces six gros et quinze grains.

Les muscles de l'extrémité atrophiée étaient pâles et réduits à peu près en une membrane charnue. En comparant les muscles gastrocnémiens et soléaires des deux côtés, nous trouvâmes que la longueur de ces muscles était au côté sain de quatorze pouces, et au côté malade de dix pouces et demi; que la plus grande largeur de ces mêmes muscles était de trois pouces et demi au côté sain, et de deux pouces et un quart au côté malade; que leur poids était de huit onces moins un demi-gros au côté sain, et de deux onces six gros au côté malade; qu'enfin l'épaisseur du tendon d'Achille, un peu avant son insertion au calcanéum, était de cinq lignes au côté sain, et de deux lignes seulement au côté atrophié. Les nerfs paraissaient un peu flétris; mais les vaisseaux sanguins de cette extrémité malade n'offrirent point d'altération sensible.

VI. A l'époque où le catalogue de notre Muséum

fut imprimé, nous ne possédions que quelques cas insignifians d'ostéo-sarcose; encore ne se trouvaient-ils qu'aux phalanges des orteils. Aujourd'hui nous pouvons en offrir deux fort remarquables à l'examen des curieux.

L'un, que nous devons à la libéralité de M. le docteur Morel, de Colmar, est la tête d'un péroné affecté de la dégénérescence dont il est question. La tumeur, composée en partie de substances sarcomateuses et en partie de substances osseuses, est d'une forme ovale; son long diamètre a cinq pouces, et son diamètre transversal a trois pouces d'étendue. Cette maladie reconnaissait pour cause une chute que fit sur ses talons, et d'une très-grande hauteur, l'individu qui en était porteur.

L'autre a été observé par nous. La pièce pathologique étant une des plus curieuses de notre cabinet, j'ai cru devoir la faire lithographier. Voici d'abord l'histoire de la maladie.

Antoine Bader, tisserand de profession, de moyenne stature, né de parens bien portans, ayant un frère et une sœur d'une constitution robuste, avait joui lui-même d'une très-bonne santé, lorsqu'à l'âge de vingt-cinq ans il se cassa le fémur gauche par l'effet d'une chute qu'il fit au mois de Juin 1818. La fracture se trouvait immédiatement au-dessus des condyles de cet os. Un chirurgien de village appliqua un appareil qui resta quarante jours en place, au bout desquels on fit marcher le malade. Mais on remarqua aussitôt qu'il ne pouvait s'appuyer sur ce membre sans ressentir de très-fortes douleurs. On se convainquit en même temps que la consolidation ne s'était point

effectuée; que les deux fragmens glissaient l'un sur l'autre; et on ne vit pas sans surprise que le genou et la partie inférieure de la cuisse étaient gonflés dans l'étendue de trois pouces, et avaient presque le volume de la tête d'un enfant à terme. Un an après l'accident, la partie du fémur située au-dessus de la tumeur commença à devenir douloureuse et à se tuméfier; ce gonflement s'étendit de plus en plus, et monta jusque vers l'aine.

Lorsque ce malade entra à l'hôpital civil, le 7 Juillet 1821, la tumeur avait envahi presque toute la cuisse; elle était dure et un peu sensible au toucher. Sa forme était irrégulièrement arrondie; elle avait treize pouces et demi de diamètre longitudinal, onze pouces et demi de diamètre transversal, et neuf pouces et demi de diamètre antéro-postérieur. Les tégumens étaient sains, mais les veines étaient très-dilatées. L'articulation du genou avait conservé un peu de mobilité, et la marche était encore possible, mais avec une grande peine et à l'aide d'une canne. La tumeur continuant à augmenter et étant devenue le siége de douleurs cuisantes, qui s'étendaient dans toute la longueur du membre, et qui étaient accompagnées de fièvre et d'insomnie, le membre fut amputé tout près de l'aine, le 26 Juillet de la même année (1821). L'opération eut tout le succès possible; la cicatrisation fut complète au bout de sept semaines, et le malade, qui est maintenant à l'hôpital en qualité de pensionnaire, a pris de l'embonpoint et jouit de la meilleure santé.

La tumeur, examinée après l'amputation, pesait treize livres et trois onces. Elle formait un énorme sac,

composé de parois denses, sarcomateuses, coriaces, d'un tissu fibreux, et renfermant çà et là dans leur épaisseur des pièces osseuses, qui étaient manifestement les débris du cylindre osseux. On aurait dit que celui-ci s'était distendu en une vaste caverne à parois charnues. Le fluide que cette caverne contenait, et dont le poids était de cinq livres et demie, remplissait aussi le bout du cylindre osseux resté sain ; ce fluide était de nature gélatineuse, sans odeur, sans saveur et de la consistance d'un sirop épais. L'analyse chimique qui en fut faite par notre collègue, M. Coze, au laboratoire de la Faculté, fit voir que cent parties étaient composées de cinquante parties d'eau, de quarante-huit d'albumine, de 1,5 d'hydrochlorate de soude, de 0,25 de phosphate de soude, et d'autant de sulfate et de carbonate de chaux.

M. Boyer pense que les causes que l'on assigne ordinairement à l'ostéo-sarcose, telles que le virus vénérien, le scrophuleux, la gale, les dartres, le rhumatisme et les violences externes, sont incapables de produire une dégénérescence aussi grave du tissu osseux, et il croit que c'est plutôt le virus cancéreux qui détermine tous ces désordres : ce qui le prouve, suivant lui, c'est qu'après l'amputation la maladie se reproduit presque toujours, comme on l'observe dans le vrai cancer des parties molles. Cependant les observations que je viens de rapporter sont non-seulement en faveur de l'opinion que M. Boyer combat, mais elles prouvent aussi qu'un changement d'organisation aussi important peut être occasioné par une seule lésion externe. Convenons néanmoins que ces cas sont si rares qu'ils ne peuvent guère infirmer la

proposition générale énoncée par ce célèbre chirurgien, tandis que les faits se présentent en foule pour démontrer qu'une cause traumatique seule produit rarement les dégénérations organiques. L'exemple suivant en est une nouvelle preuve.

VII. Un homme de trente-cinq ans, sujet à l'épilepsie dès la dix-septième année de sa vie, étant pris d'un accès de son mal au moment où il voulait allumer sa pipe, eut le malheur de tomber, le visage portant sur un brasier ardent. Quoiqu'on fût accouru bientôt à son secours, on ne put empêcher que toute la tête, les épaules, le haut de la poitrine, la nuque et la main gauche ne fussent violemment affectés. Passant sous silence les symptômes qui se manifestèrent et le traitement que l'on employa, il suffit à mon objet de dire que le cuir chevelu, converti par la brûlure en une croûte noire, se détacha par portions dès que la suppuration se fut établie; que plusieurs lames osseuses furent entraînées par le pus ; que les yeux étaient totalement désorganisés; que la face, très-hideuse, n'avait presque plus rien d'humain ; que plusieurs années se passèrent ainsi dans les douleurs les plus horribles, qui ne pouvaient être calmées que par de fortes doses d'opium souvent répétées; enfin, que l'épilepsie, après avoir été comme étouffée pendant quelques mois, reparut au bout de ce temps, quoique avec des attaques moins fréquentes. Voici quel est l'aspect de cette tête depuis sa dissection.

La table externe de toute la calotte du crâne est détruite et enlevée; on en voit encore çà et là des portions noires, charbonnées, et qui ne tiennent

que par quelques points à la substance diploïque. Celle-ci est noire dans un grand nombre d'endroits, où elle offre en même temps des saillies et des bosselures. L'ustion n'a point pénétré jusqu'à la table interne, excepté dans deux endroits et dans la direction de la suture sagittale, où le crâne est ouvert par l'effet de la destruction des deux tables et du diploé. On pouvait bien prévoir que les sinus frontaux seraient intéressés : aussi sont-ils ouverts par l'ablation de la table externe du coronal.

La surface interne du crâne présente un nombre de sillons et de porosités plus considérables que dans les têtes ordinaires, probablement par l'effet du développement plus marqué des vaisseaux capillaires. Mais c'est un phénomène remarquable, sous le rapport de la physiologie pathologique, que ce même développement n'ait rien produit de nouveau dans cette tête, qu'il n'en ait point changé l'organisation, qu'il n'ait rien transformé, rien ajouté au tissu ancien : d'où il suit qu'une cause externe seule, quelque violente qu'elle soit, paraît impuissante pour opérer des dégénérescences organiques, ou des transformations de tissus ; que l'inflammation la plus intense ne saurait rien altérer, si elle n'est point causée ou entretenue par un vice interne et par des agens spécifiques, s'adressant directement à la force vitale et en modifiant la manifestation. Ainsi, d'après ma manière de voir, les inflammations ne sont pas immédiatement et *par elles-mêmes* la cause de tous les désordres et de toutes les altérations organiques que nous remarquons dans le corps animal ; elles ne le sont que parce qu'il y a derrière elles quelque chose qui

les excite, qui les nourrit et qui les entretient. Si, pour expliquer ma pensée, j'osais me servir d'une comparaison, je dirais que ce feu intérieur et spontané qui existe dans les inflammations accidentelles, me paraît être aussi différent de celui qui est communiqué et déterminé dans l'économie animale par les agens physiques et chimiques, que le feu souterrain des eaux thermales diffère de la chaleur donnée à l'eau par des moyens artificiels; et j'en conclurais que l'organisme animal, à l'instar de l'organisme terrestre, a ses ressorts cachés, ses agens inconnus et son mécanisme mystérieux.

VIII. Si nous quittons les maladies du système osseux, pour aborder celles du système vasculaire, vous verrez, Messieurs, que le Muséum s'est enrichi, dans ces derniers temps, de sept préparations d'anévrismes, dont trois au cœur et quatre à l'artère aorte : deux de ceux-ci s'étaient ouverts dans la trachée-artère; un de ceux dont le cœur était affecté, fut retiré du cadavre d'un tonnelier mort à la clinique interne, à l'âge de quarante-cinq ans et au quatre-vingt-dix-neuvième jour de sa maladie. Cet homme, dont le pouls, constamment plein, dur et vif, avait motivé plusieurs fortes saignées, souffrait d'un asthme, qui dégénéra, dans les derniers temps de sa vie, en une constante orthopnée; il éprouvait de la toux sans expectoration, de la céphalée occipitale, une douleur déchirante à l'épine du dos, des douleurs pulsatives de la nuque, un bourdonnement dans l'oreille droite, une infiltration des jambes et du scrotum, de terribles attaques de suffocation, du délire et des défaillances. Mais une chose curieuse, c'est que

jamais, pendant près de trois mois que le malade fut examiné journellement à la clinique par les élèves et par moi, nous n'aperçûmes, ni par la simple application de la main, ni à l'aide du stéthoscope, aucun battement du cœur, premier symptôme cependant d'un anévrisme, surtout s'il est actif; or celui-ci l'était réellement, comme le prouvent les détails suivans, résultat de l'autopsie cadavérique.

Le cœur pesait deux livres deux onces[1] : sa longueur, depuis la base jusqu'à la pointe, était de cinq pouces quatre lignes[2]; sa largeur à la base était de cinq pouces six lignes[3]; les parois du ventricule gauche, extrêmement denses et charnues, avaient quatorze lignes d'épaisseur à la base du cœur[4] et six lignes seulement à un travers de doigt au-dessus de la pointe.

Les parois du ventricule droit avaient neuf lignes d'épaisseur.[5]

L'artère aorte, mesurée un peu au-dessus des valvules semilunaires, avait deux pouces et deux lignes de largeur, et offrait une véritable dilatation anévrismatique depuis son origine jusqu'à sa sortie du sac du péricarde. Les parois de cette artère étaient manifestement altérées.

Les autres altérations organiques consistaient dans un épanchement de quatre livres d'eau dans les deux cavités thorachiques; dans la présence de quelques

---

1 Il pèse neuf à dix onces, dans l'état naturel.

2 Elle est de quatre pouces trois lignes, dans l'état naturel.

3 Elle est de trois pouces cinq lignes, dans l'état naturel.

4 Elles ont huit lignes dans l'état naturel.

5 Elles ont deux lignes dans l'état naturel.

onces de sérosité dans le péricarde; dans l'inflammation du feuillet du médiastin qui tapisse le côté droit de cette poche membraneuse; dans la compression du poumon gauche par le volume du cœur, et dans l'hépatisation d'une grande partie du poumon droit.

« Les contractions du cœur, dit *Corvisart*, peu-
« vent très-facilement être senties, dans l'anévrisme
« actif, par l'application de la main sur la région
« précordiale. On trouve alors, surtout dans le mou-
« vement, des palpitations, des battemens brusques,
« secs, violens, qui repoussent fortement la main;
« et si l'on presse cette région, le cœur semble
« s'irriter contre la pression et réagir plus forte-
« ment encore. »

« Par l'application du cylindre, dit M. *Laennec*,
« les contractions des ventricules rendent à la fois
« une impulsion forte et un bruit assez marqué. »

Rien de tout cela ne s'observait sur notre malade; seulement on apercevait, dans le creux de l'estomac, une pulsation isochrone aux battemens de l'artère. L'absence des battemens dans ce cœur affecté d'un anévrisme actif aux deux ventricules, en même temps que le pouls était fort, plein et dur, est encore un problème pour moi, d'autant plus qu'aucune des autres altérations organiques trouvées dans le cadavre ne peut servir à rendre raison de cette absence.

Un autre exemple d'anévrisme actif du ventricule gauche du cœur (anévrisme dont j'ai pu suivre le commencement, le développement et les diverses phases pendant plusieurs années de la vie du malade) m'a singulièrement éclairé sur la pathogénie de

cette maladie organique : la longueur de l'observation ne me permet pas de la faire entrer dans ce rapport; mais je me propose de vous la communiquer plus tard. Je passe également sous silence, 1) la préparation d'un anévrisme vrai de l'artère aorte, trouvé sur le cadavre d'un sujet auquel on avait pratiqué, deux ans auparavant, l'opération de l'anévrisme de l'artère poplitée, suivant la méthode de Hunter, et qui présente un exemple frappant de la diathèse anévrismale; 2) une préparation d'un anévrisme de l'aorte, qui s'était ouvert dans le poumon; 3) enfin, une pièce très-curieuse, offrant la disposition des rameaux artériels après l'opération et la guérison d'un anévrisme de l'artère poplitée, laquelle est remarquable surtout par un vaisseau injecté dans l'épaisseur d'une concrétion polypeuse qui remplit le tronc principal de l'artère liée. Toutes ces préparations vous sont déjà connues par la belle dissertation publiée et soutenue par M. Ehrmann, lors du concours pour la place de chef des travaux anatomiques.[1]

IX. Les altérations organiques des poumons ne sont malheureusement que trop fréquentes dans notre ville. Nos collections s'augmenteraient sans utilité, si nous voulions conserver tous ceux qui offrent de ces sortes de lésions. Qu'il nous suffise d'avoir distingué et classé les indurations, les tubercules, les ulcères de l'organe pulmonaire, et de pouvoir présenter à l'examen de l'anatomiste des exemples de chacune de ces altérations. Mais un travail

---

1 De la structure des artères, etc. Strasbourg, 1822.

que nous avons cru devoir entreprendre, et qui manque encore à la science, consiste à rechercher et à étudier les maladies organiques des animaux, et à les mettre en parallèle avec celles de l'espèce humaine : à cette occasion nous nous sommes assurés que les singes sont extrêmement sujets aux affections de poitrine ; il n'y en a pas un sur le cadavre duquel nous n'ayons rencontré des changemens organiques au poumon. Il y a plusieurs années déjà que les poumons du mandril nous ont présenté une induration bronchi-lardacée, bien prononcée. En disséquant une femelle de l'espèce du magot (*simia inuus*), je trouvai le lobe inférieur du poumon gauche affecté d'une hépatisation blanche, tandis que le poumon droit était rempli de tubercules miliaires luisans. Cet animal avait éprouvé pendant sa vie une phthisie sèche, provenant (d'après l'assertion de son gardien) de la suppression des règles. Le poumon d'un singe capucin était farci de tubercules lymphatico-sébacés; celui d'un mongous était chargé de kystes hydatoïdes. C'est pour la première fois que j'ai pu vérifier l'observation d'Hippocrate qui attribue à certains animaux, tels que le bœuf, le chien et le cochon, des tubercules pulmonaires *dont la rupture occasionne l'hydropisie de poitrine.* Les hydatides ont aussi été trouvées sur l'espèce humaine, d'après les observations de Willis, Bonnet, Morgagni et Stœrk.

X. Parmi les altérations organiques des voies digestives, les squirres et les carcinomes de l'estomac tiennent le premier rang, relativement à leur fréquence, du moins dans notre pays. Ici encore nous

avons cru devoir nous borner à conserver pour le Muséum les organes d'individus morts de maladies dont nous avons pu recueillir l'histoire, ou ceux sur lesquels on a fait des recherches anatomiques. C'est ainsi, par exemple, que j'ai jugé nécessaire de suivre les ramifications des nerfs dans l'épaisseur même des parties squirreuses et cancéreuses, afin d'en connaître les rapports avec la masse désorganisée. Les recherches que j'ai entreprises à ce sujet, n'ont pas été vaines, et j'ai pu consigner dans mon Mémoire *sur le nerf grand-sympathique* la rupture des cordons nerveux, l'épaississement gangliiforme de leur bout supérieur, et la formation de nouveaux filamens provenant de ce même bout, mais ayant une nature et un aspect différens de ceux des filets ordinaires. Ces mêmes recherches ont été étendues sur les *tumeurs dissimilaires rétropéritonéales*, ou masses cancéreuses des auteurs, dont nous avons recueilli des exemples tirés de l'espèce humaine et du singe.

XI. Je ne m'arrêterai pas, Messieurs, à faire mention des cas si nombreux d'épaississement du péritoine, de l'épiploon et du mésentère, par suite d'inflammation chronique de ces membranes ; je ne vous entretiendrai pas non plus de l'altération de quelques viscères abdominaux par la même cause : j'en excepterai un seul fait, qui me paraît curieux et digne d'être cité, par rapport à la circonstance qui lui a donné naissance.

Une demoiselle sujette à l'hypocondrie devint peu à peu entièrement mélancolique, et finit par attenter à sa vie, en avalant de ces épingles à friser, longues et pliées par leur milieu, dont les femmes se

servent pour attacher leurs cheveux. Cette tentative eut pour effet de déterminer une intumescence du bas-ventre, un désordre dans les fonctions digestives, la fièvre lente et la mort. Voici ce que nous fit voir l'ouverture du cadavre.

Le péritoine était épaissi dans presque toute son étendue ; dans plusieurs endroits on remarquait des traces évidentes d'inflammation ; une couche de lymphe plastique tapissait ces endroits, et on la retrouva sur les circonvolutions des intestins grêles. Cette même exsudation constituait aussi des adhérences entre l'estomac, le lobe gauche du foie, le grand épiploon et le colon transverse. La cavité du bas-ventre contenait une légère quantité d'un liquide séreux, dans lequel nageaient des flocons à peu près tels qu'on les trouve dans les péritonites puerpérales.

Le foie était plus volumineux qu'à l'ordinaire, d'un jaune pâle, légèrement adhérent au diaphragme. Il offrait à la partie moyenne et externe de son lobe droit une saillie fluctuante, percée à son sommet d'une très-petite ouverture, par laquelle on pouvait faire sortir au moyen de la pression un pus très-louable. En suivant cette ouverture on rencontra un foyer de suppuration, à parois inégales, rugueuses et comme cancéreuses, creusé dans l'épaisseur du foie, et ayant quatre pouces de large sur quatre pouces et demi de long. Après avoir fait dans cette cavité des perquisitions exactes, on y découvrit une épingle de cheveux dépliée en ligne droite, fixée par un de ses bouts dans le parenchyme hépatique, et ayant conservé dans beaucoup d'endroits le vernis

dont elle était recouverte. Entre le diaphragme et le lobe gauche du foie on découvrit un second abcès, large comme une pièce de deux francs, et qui logeait une épingle pareille à la première. L'épiploon gastro-colique, endurci et épaissi, avait contracté, à peu près au milieu de l'hypocondre gauche, des adhérences avec la portion du péritoine qui tapisse la face postérieure des muscles du bas-ventre. Dans cet endroit il était traversé de part en part d'une épingle plus forte que les précédentes, longue de trois pouces huit lignes, et pointue à ses deux extrémités. Le lieu de la perforation était marqué par une tache noire, résultant du sang extravasé par suite de la lésion des petits vaisseaux.

La rate renfermait aussi dans son intérieur une de ces épingles, mais plus petite que les autres, puisqu'elle n'avait qu'un pouce et demi de longueur. Elle s'y était introduite par le bord libre et vers la partie inférieure de l'organe, non loin de l'endroit d'où partent les vaisseaux courts pour se porter à l'estomac. Son trajet était également marqué par une légère coloration de la rate.

La surface externe de l'estomac et de l'œsophage n'offrait rien de particulier; le long de la grande courbure de l'estomac, et vers le commencement du duodénum, on remarquait quelques taches jaunes provenant d'une petite portion de sang coagulé, tel qu'on en voit dans les sacs anévrismaux. En examinant ces taches avec attention, on vit clairement qu'elles n'étaient que les ouvertures externes de trajets plus ou moins longs qui, en cheminant entre les tuniques de l'estomac, finissaient à la face in-

terne de ce viscère. Trois de ces ouvertures permirent très-facilement l'introduction d'un stylet ordinaire; les deux autres étaient déjà cicatrisées.

L'estomac, fendu suivant sa grande courbure, fut trouvé sain dans presque toute son étendue; son extrémité pylorique seule était changée, en ce que ses tuniques avaient acquis une plus grande épaisseur, et qu'elles étaient parsemées d'un grand nombre de points noirs, dont les plus superficiels ressemblaient parfaitement à des taches de rouille.

XII. Parmi les cas de hernies et de déplacemens que nous avons observés sur les intestins, nous ne devons pas passer sous silence celui qui a déjà été publié dans la thèse de M. *Brisard*, et dans lequel le cœcum, le colon droit et le colon transverse se trouvaient invaginés dans le colon gauche et le rectum, de telle sorte que la valvule iléo-cœcale n'était qu'à peu de distance de l'anus. Je ne connais que ce seul exemple d'un pareil déplacement sur des adultes et des personnes assez avancées en âge, ceux que les auteurs rapportent ayant été observés sur des enfans. Mais je me dispense de vous retracer ici les détails anatomiques et l'histoire de cette maladie, attendu qu'ils sont déjà portés à votre connaissance et à celle du public par la dissertation que je viens de citer. [1]

XIII. Relativement aux maladies organiques du système nerveux, outre les fungus médullaires de la dure-mère, les vers vésiculeux de l'espèce des *cysticerques*, contenus dans la pie-mère, les tumeurs

---

1 *Considerationes de intestinorum invaginatione, observationibus stipatæ. Argent.* 1822.

scrophuleuses développées dans le cerveau même, et l'atrophie des nerfs optiques, etc., nous avons rencontré une disposition particulière de l'arachnoïde, à laquelle je n'ai encore rien trouvé d'analogue dans les ouvrages d'anatomie pathologique : cette disposition existait sur la tête de deux maniaques.

La maladie consistait dans un épaississement de l'arachnoïde, tant de la portion qui tapisse la pie-mère que de celle qui se réfléchit sur la dure-mère. Un examen attentif m'a fait connaître que cet épaississement dépendait du développement et de la formation accidentelle de plusieurs feuillets séreux, qui interceptaient entre eux des espaces remplis d'un liquide sanguinolent. Sur l'un de ces malades ces mêmes feuillets étaient colorés en brun clair et avaient à peu près la même teinte que le soufre doré d'antimoine. Je découvris sans peine que toute cette maladie appartenait à l'arachnoïde, par la raison que, 1.° les deux feuillets dont se compose la dure-mère étaient parfaitement sains; 2.° que les feuillets surnuméraires, au nombre de quatre, pouvaient être séparés d'elle avec assez de facilité; 3.° que ces feuillets se continuaient dans l'arachnoïde qui tapissait la circonvolution du cerveau, et 4.° qu'ils ne descendaient point dans les anfractuosités et les scissures de cet organe.

Les hémisphères du cerveau étaient aplatis à leur surface supérieure, moins par la compression qu'exerçait sur eux l'arachnoïde épaissie, que par le rapetissement et l'atrophie de la substance cérébrale. Cet état était tellement marqué, que la dure-mère, aussitôt qu'elle fut détachée du crâne, forma des plis pui indiquaient un espace vide entre elle et le cerveau.

L'individu sur lequel cette disposition était le plus marquée, mourut à l'hôpital, à l'âge de quarante-deux ans, de diarrhée colliquative. Pendant deux ans cet homme avait été affecté de démence entremêlée d'accès de manie ; mais cet état avait lui-même été précédé d'une mélancolie qui avait duré plusieurs années. On serait même fondé à soutenir que la maladie avait commencé à l'âge de six ans, à la suite d'une chute sur la tête, du haut d'une tour très-élevée. Cet accident avait en effet entraîné des contractions involontaires dans les muscles de la face et du cou, des maux de tête, des vertiges, qui durèrent jusqu'au moment de son aliénation complète.

XIV. A l'égard des maladies organiques des parties génitales de la femme, indépendamment des corps fibreux développés dans la matrice, des polypes de ce viscère, dè ses imperforations, etc., nous avons conservé, pour le cabinet, des pièces importantes et qui méritent une description particulière.

1.° La première est une excroissance énorme de la tête du clitoris, pesant une livre neuf onces, ayant dix-sept pouces de circonférence, et ne ressemblant pas mal à un chou-fleur, quant à sa forme et sa configuration. Une femme mariée portait cette excroissance depuis cinq ans, et dans cet intervalle elle accoucha deux fois naturellement et avec facilité. L'amputation de la tumeur, faite par M. Ehrmann, eut tout le succès possible. Le corps caverneux, très-alongé et formant le pédicule de la tumeur, renfermait quatre artères assez grosses et qu'il fallut lier. La cause éloignée de cette maladie paraissait être le virus syphilitique.

2.° Un cas de grossesse extra-utérine, dont nous devons la pièce à M. le docteur Ristelhueber, l'un des médecins en chef de l'hôpital civil, mérite une attention d'autant plus grande qu'il est du petit nombre de ceux dans lesquels le fœtus était parvenu à peu près à sa parfaite maturité.

Une dame, encore éloignée de quinze jours du terme de sa grossesse, sujette à une fièvre hectique, par suite d'une inflammation chronique du péritoine, ressentit les douleurs de l'accouchement, se trouvant déjà dans le dernier degré d'épuisement. Elle y succomba. L'opération césarienne fut faite à l'instant même, dans la vue de sauver l'enfant; mais il était trop tard. L'examen des parties génitales internes fit voir les particularités suivantes.

La matrice, plus volumineuse qu'à l'ordinaire, avait sept pouces de longueur, cinq pouces de largeur à son fond, et neuf lignes d'épaisseur dans ses parois; le plus grand diamètre de sa cavité était de trois pouces. Ici, comme dans tous les cas de grossesse extra-utérine, l'interieur de la matrice était tapissé de la membrane caduque. Le ligament rond, du côté droit, plus gros, avait trois lignes d'épaisseur; la trompe droite, également plus développée, avait son pavillon très-défiguré par l'effet d'une adhérence à l'ovaire. Celui-ci avait dix-neuf lignes de longueur sur cinq lignes de largeur. Un corps fibro-cartilagineux, de la grosseur d'une féve de haricot, était renfermé dans la couche la plus superficielle des fibres musculaires de l'utérus, à l'endroit où le ligament rond se détache de ce viscère.

Au côté gauche de la matrice se trouvait un vaste

sac qui servait de réservoir au fœtus. Ce sac, qui paraissait former la continuation de la trompe de Fallope, était adhérent à tout le côté de la matrice, depuis son fond jusqu'à son col. Il avait une forme ronde et un diamètre de neuf pouces; mais ses parois n'avaient qu'une demi-ligne d'épaisseur. Il était très-difficile de déterminer dans laquelle des parties accessoires à la matrice ce sac avait pris son développement et aux dépens de laquelle il s'était formé. Il était manifeste que la trompe et le ligament propre de l'ovaire, partant l'un et l'autre de l'angle supérieur de l'utérus, avaient gagné plus d'extension et plus d'ampleur; que l'un et l'autre s'épanouissaient et étaient pour ainsi dire changés en un plan fibro-musculeux: mais, malgré cela, il était impossible de décider si le réceptacle du fœtus était la trompe ou l'ovaire dégénéré. Ce qui me porte à croire que c'était probablement un kyste particulier, qui, comme dans les grossesses abdominales, s'était développé tout près de la matrice, c'est que le fœtus était à peu près parvenu à sa maturité, ce qu'on ne rencontre guère dans les grossesses des ovaires ou des trompes. Quoi qu'il en soit, ce même réceptacle ou cette fausse-matrice était placé entre les feuillets du ligament large; conséquemment sa surface externe était lisse et revêtue du péritoine. On remarquait çà et là des fausses-membranes celluleuses, qui l'unissaient d'une manière lâche aux parties environnantes, et on voyait de plus, sous sa tunique externe, des rameaux veineux parfaitement semblables à ceux qui rampent sur la membrane externe d'une matrice en état de gestation. Le sac lui-même était formé de deux feuillets mem-

braneux, lisses et minces, contigus l'un à l'autre et laissant entre eux des espáces plus ou moins grands; mais nulle part on ne découvrit, entre ces membranes, de tissu spongieux, analogue à celui que montre la matrice chargée du produit de la conception. La face interne de ce même sac était tapissée d'une couche de matière jaunâtre, de nature fibrineuse, et qui l'unissait à la surface externe des membranes et du placenta. Celui-ci était encore en place et partout adhérent à la paroi postérieure du sac représentant la matrice. Il était en raquette, d'une forme ovalaire, et avait sept pouces dans son long diamètre et six pouces dans le petit. Les vaisseaux formant les racines du cordon ombilical étaient extrêmement dilatés; quelques-uns avaient jusqu'à sept lignes de diamètre. Le placenta adhérait à la paroi postérieure du sac, de la même manière que s'il avait été attaché à la matrice dans les grossesses ordinaires, excepté que cette paroi était aussi mince que le reste du sac, qu'elle n'offrait aucun tissu spongieux. On ne découvrit aucun vaisseau considérable qui se fût introduit dans le placenta. Au contraire, examinant bien attentivement les rapports du sac et du placenta, on trouva que l'arrière-faix était revêtu à sa face postérieure d'une fausse-membrane qui s'identifiait avec celle qui tapissait le sac représentant la matrice. En séparant sans précaution le placenta de ce sac, on tombait à la vérité dans le tissu spongieux du premier, et on aurait pu être porté à admettre des adhérences intimes entre l'un et l'autre; mais, en portant dans ces recherches toute l'attention possible, on parvint à soulever et à décoller de la surface interne de notre

fausse-matrice la pellicule couenneuse qui revêtait le placenta, et on fut étonné de voir que les deux surfaces correspondantes étaient assez lisses et égales, qu'elles n'étaient pour ainsi dire que contiguës, c'est-à-dire que le tissu de l'une ne se continuait et ne s'enfonçait nullement dans celui de l'autre, et ne s'amalgamait avec lui en aucune façon.

L'absence d'un tissu spongieux dans les parois du kyste qui remplaçait la matrice dans ce cas de grossesse, le défaut de vaisseaux considérables dans ces parties, la non-existence de canaux veineux partant du kyste pour se rendre dans le placenta et pour y verser le sang de la mère, sont des circonstances qui sortent tellement de la règle commune, qu'il m'est impossible d'expliquer la manière dont ce fœtus s'est nourri, puisqu'il n'y avait aucune communication quelconque entre le placenta et la fausse-matrice. Ne faudra-t-il pas avoir recours à l'eau de l'amnios? Mais, dans cette supposition, ne fallait-il pas qu'il y eût de petits vaisseaux provenant de la mère et se ramifiant sur les membranes de l'œuf, ce que l'autopsie n'a pu pourtant confirmer?

3.° Un cas de grossesse extra-utérine, où le fœtus putréfié a été extrait par l'anus, offre encore un certain intérêt.

Une femme mariée, enceinte pour la seconde fois, et qui avait senti à mi-terme les mouvemens du fœtus, quoique ses règles n'eussent pas été supprimées, consulta, vers la fin de sa grossesse, une sage-femme, qui, en touchant, reconnut la présence de la tête de l'enfant au-dessus du détroit supérieur du bassin. Trois semaines après cette exploration, la femme

éprouva les douleurs de l'enfantement : la sage-femme ne sentit plus l'enfant et trouva même l'orifice de la matrice exactement fermé. Bientôt les douleurs cessèrent, le bas-ventre s'aplatit, une diarrhée opiniâtre se déclara, et une fièvre hectique s'alluma. Cependant, après deux mois de maladie, cette femme fut prise de nouvelles douleurs, mais qui se dirigèrent particulièrement vers l'anus. Le médecin appelé, introduisant son doigt dans le rectum, en retira un corps étranger, qu'il reconnut de suite pour un os pariétal du fœtus. Plusieurs os de la tête furent encore extraits successivement, et, enfin, on fut assez heureux pour retirer en entier tout le squelette de l'enfant, qui paraissait être arrivé à son septième mois. La mère guérit parfaitement après cette opération, et elle jouissait d'une très-bonne santé au moment où fut rédigée l'observation de sa maladie (12 Août 1821), que nous devons, ainsi que les pièces anatomiques, à M. le docteur Pauli, médecin cantonal de Wissembourg (département du Bas-Rhin).

Y avait-il ici originairement une grossesse extra-utérine? ou bien le fœtus, réellement contenu dans la matrice (si l'on ajoute foi au rapport de la sage-femme), avait-il passé de celle-ci dans le rectum, à la suite d'une inflammation terminée par un abcès? C'est ce qu'il m'est impossible de décider; l'examen cadavérique de la femme pourra un jour nous l'apprendre.

Tels sont, Messieurs, les faits les plus saillans et les observations les plus curieuses que j'ai cru devoir offrir à votre méditation à l'occasion du premier Supplément au Catalogue de notre Muséum. C'est à regret que je me suis vu forcé, par la nature de ce travail, à passer sous silence une foule de détails anatomiques, mais qui se rattachent à la pathologie proprement dite et à l'histoire des maladies. Cependant, comme ils ne me paraissent pas dénués d'intérêt, ils trouveront leur place dans un rapport général sur la clinique interne, que je vous demande la permission de vous soumettre incessamment.



ÉNUMÉRATION

Des Pièces préparées pendant les années 1821, 1822 *et* 1823, *et formant le premier Supplément au Catalogue du Muséum anatomique de la Faculté de médecine.*

I.

ANATOMIE PHYSIOLOGIQUE DE L'HOMME.

1. Peau injectée, séchée, puis conservée dans l'essence de térébenthine.
2. Os du bassin d'un fœtus, injectés, conservés dans l'essence de térébenthine après avoir été soumis pendant quelque temps à l'action d'un acide affaibli.
3. Périoste et os longs de fœtus injectés, préparés de la même manière.
4. Os de fœtus injectés et dépouillés de leur périoste.
5. Os et cartilages de fœtus injectés et coupés par tranches.
6. Os larges de fœtus richement injectés, et conservés dans l'essence de térébenthine.
7. Extrémités supérieures et inférieures de fœtus injectées, séchées, puis conservées dans l'essence de térébenthine.
8. Choroïde, iris, procès ciliaires et rétine de fœtus, injectés.
9. Artère centrale de la rétine injectée.
10. Membrane pupillaire injectée.
11. Vaisseaux artériels de la capsule du cristallin d'un œil de fœtus.

12. Nerfs de fœtus, séparés, injectés.
13. Cerveau d'un embryon de cinq mois.
14. Pie-mère de fœtus injectée.
15. Coupe verticale du cerveau, partageant ce viscère en deux moitiés parfaitement égales.
16. Veines de Galien, de la cloison transparente et des plexus choroïdes, injectées.
17. Moelle épinière de fœtus richement injectée.
18. Préparation des douze paires cérébrales avec toutes leurs communications. Recherches sur le ganglion du glosso-pharyngien, sur les filets découverts par le Prof. Jacobson, et sur les ganglions des fosses nasales.
19. Nerfs de la face et du cou. Communication des branches de la septième paire (nerf facial) avec celles de la cinquième (nerf trijumeau).
20. Nerfs maxillaires supérieurs. Préparation de l'extrémité céphalique du nerf grand-sympathique.
21. Nerfs maxillaires supérieurs. Extrémité céphalique du nerf grand-sympathique. Préparation des filets décrits par le Prof. Jacobson.
22. Nerfs de la face.
23. Nerfs qui se distribuent dans le labyrinthe.
24. Nerfs de l'épaule, du bras, de l'avant-bras et de la main.
25. Dissection du nerf grand grand-sympathique sur un embryon de quatre mois et demi.
26. Artères de l'articulation scapulo-humérale.
27. Artères et veines de l'extrémité supérieure.
28. Préparation de l'artère carotide externe et maxillaire interne.
29. Préparation des derniers rameaux formés par la maxillaire interne.
30. Vaisseaux lymphatiques de l'estomac injectés de mercure.

31. Vaisseaux lymphatiques rampant sur la surface des intestins, injectés de mercure.
32. Vaisseaux lymphatiques de l'estomac du blaireau.
33. Vaisseaux lymphatiques du mésentère du blaireau, injectés de mercure.
34. Glandes lymphatiques rougies par l'injection de leurs artères.
35. Organes de la poitrine et du bas-ventre de fœtus, injectés.
36. Poumons de fœtus injectés.
37. Glandes amygdales injectées.
38, 39, 40. Trois conduits alimentaires de fœtus, entiers, injectés, dont deux soufflés et séchés.
41. Langue d'adulte richement injectée.
42. Membrane interne de l'œsophage injectée.
43. Portions d'intestins d'embryon injectées.
44. Portions d'intestins de fœtus injectées.
45. Mésentère de fœtus, injecté.
46. Péritoine, plèvre, intestins de fœtus, injectés.
47. Reins, matrice et ovaires d'embryon, injectés.
48. Organes génito-urinaires de fœtus injectés.
49. Glande thyroïde de fœtus injectée.
50. Réseau vasculaire du foie d'un adulte, excisé de cet organe et entièrement séparé de son parenchyme.
51. Nerfs optiques injectés de mercure.
52. Épiderme garni de poils, dont les racines sont fort apparentes.
53. Œuf humain entier.
54. *Idem* de deux mois et demi.
55. Embryon de quatre mois et demi avec son placenta.
56. Plexus nerveux hépatique pénétrant dans le foie avec l'artère hépatique.
57. Filets du plexus nerveux hépatique se rendant à la veine-porte.

58. Matrice renfermant un fœtus de six mois. Dissection des diverses enveloppes du fœtus. Préparation d'une partie du plexus nerveux utérin. Injection des vaissaux lymphatiques des ovaires et du cordon spermatique.
59. Tête marquée d'après le système du D.r GALL.
60. Tête marquée d'après le D.r SPURZHEIM.

Nota. Plusieurs préparations d'anatomie physiologique de l'homme sont modelées en cire et seront énumérées plus bas.

II.

ANATOMIE COMPARÉE.

1. Squelette du mongous (*lemur mongos*).
2. Squelette du malbrouc (*simia faunus*).
3. Squelette du magot (*simia inuus*).
4. Squelette du capucin (*simia capucina*).
5. Squelette entier d'un chamois (*antilope rupicapra*).
6. Squelette entier d'un renard (*canis vulpes*).
7. Squelette entier d'un blaireau (*ursus meles*).
8. Squelette entier d'une fouine (*mustela foina*).
9. Cerveau du chamois.
10. Cerveau du blaireau.
11. Cerveau du renard.
12. Cœur du renard.
13. Langue, trachée-artère et poumons du renard.
14. Foie du renard.
15. Organes génito-urinaires du renard.
16. Canal alimentaire du singe capucin (*simia capucina*).
17. Langue, larynx, trachée-artère et poumons du singe capucin.
18. Foie du singe capucin.
19. Organes génito-urinaires du singe capucin.

20. Canal alimentaire du singe callitriche (*simia sabea*).
21. Langue, trachée-artère, poumons et cœur du callitriche.
22. Organes génito-urinaires du callitriche.
23. Langue, trachée-artère, poumons et cœur du sajou cornu.
24. Foie du sajou cornu.
25. Organes génito-urinaires femelles du sajou cornu.
26. Yeux du sajou cornu.
27. Utérus et ovaires avec les corps jaunes du singe magot.
28. Placenta de vache entier, injecté.
29. Portions de placenta de vache injectées (données par par M. Fohmann, prosecteur à Heidelberg).
30. Cotylédon de la matrice d'une vache, injecté (donné par M. Fohmann).
31. Placenta entier de chèvre injecté.
32. Portion d'une matrice de cheval injectée.
33. Portion de chorion d'un cheval injectée.
34. Canal alimentaire de la fouine.
35. Langue, larynx, trachée-artère, poumons et cœur de la fouine.
36. Embryon de cochon d'Inde.
37. Canal alimentaire du cygne sauvage (*anas cygnus*).
38. Trachée-artère, larynx inférieur et poumons du cygne sauvage.
39. Cœur du cygne sauvage.
40. Foie du cygne sauvage.
41. Pancréas et rate du cygne sauvage.
42. Reins, artères et rectum du cygne sauvage.
43. Langue, œsophage et gésier de la cigogne (*ardea ciconia*).
44. Trachée-artère, poumons et cœur de la cigogne.
45. Estomac de la cigogne.

46. Yeux de la cigogne.
47. Canal alimentaire du héron (*ardea cinerea*).
48. Langue, trachée-artère, poumons et cœur du héron.
49. Organes génito-urinaires du héron.
50. Ovaires du canard avec quelques vaisseaux lymphatiques (*anas boschas*).
51. Canal alimentaire du combattant (machette, Cuv.; *tringa pugnax*).
52. Reins et testicules de la machette.
53. Organes contenus dans la cavité du bas-ventre de la couleuvre à collier (*coluber natrix*).
54. Humérus d'un cygne sauvage, présentant des cellules de communication qui unissent la cavité de cet os avec les poumons de l'animal.
55. Anatomie de l'aphrodite hérissée (*aphrodita aculeata*).
56. Anatomie de la poulpe vulgaire (*sepia octopodia*).
57 à 59. Anatomie comparée du lombrical (*ascaris lumbricoides*).
60 et 61. Trichures mâles et femelles.
62 à 64. Cerveaux de quadrupèdes modelés en cire, énumérés plus bas dans un catalogue séparé.

III.

ANATOMIE PATHOLOGIQUE.

Maladies du système osseux.

1. Tête très-pesante par rapport à l'épaisseur des os du crâne : surface externe des os rugueuse, perforation du palais osseux; destruction du vomer et des cornets inférieurs.
2. Tête d'une vieille femme : os du crâne très-épais.

3. Tête oblique de gauche à droite.
4. Tête à sommet conique : os du crâne très-épais.
5. Tête pointue (en forme de bonnet chinois), sans nulle trace de suture aux os du crâne.
6. Tête très-alongée d'avant en arrière, étranglée dans le milieu de son étendue.
7. Tête irrégulière d'un suicide.
8. Calotte du crâne, avec perte de substance par suite d'un coup de sabre.
9. Calotte de crâne très-alongée et très-épaisse (tirée d'une caisse remplie d'os déterrés à la montagne de Sainte-Odile).
10. Structure singulière de l'os occipital : son angle supérieur formé par un os wormien (tiré du même endroit que la pièce précédente).
11. Calotte de crâne très-pesante, avec des exostoses à ses faces interne et externe.
12. Dépression considérable de la table externe des os pariétaux.
13. Carie à l'os pariétal gauche.
14. Carie du crâne d'un jeune sujet, sans trace de suture.
15. Fracture du coronal avec exfoliation considérable.
16. Végétations osseuses à la table externe du crâne.
17. Végétations osseuses à la table interne du crâne.
18. Fente du palais osseux, avec perte de substance.
19. Perforation du palais osseux.
20. Tête très-pesante; os du crâne très-épais.
21. Carie de l'arcade zygomatique et de l'articulation de la mâchoire inférieure.
22. Os du front percé par l'effet de la carie.
23. Exfoliation de la table externe de la calotte du crâne.
24. Os de la face et du front détruits par l'effet d'un cancer à la face.

25. Tête avec destruction d'une partie du coronal par suite de cancer. La plupart des os du crâne et de la face atteints de spina ventosa.

26. Destruction du corps et d'une partie des branches de la mâchoire inférieure.

27. Carie vénérienne à l'angle de la mâchoire inférieure et à l'os de la pommette gauche.

28. Tête avec carie superficielle des os pariétaux.

29. Carie à la partie latérale droite de l'os frontal.

30. Tête d'épileptique : crâne nécrosé par l'effet d'une violente ustion.

31 à 33. Têtes d'aliénés.

34. Face déjetée de gauche à droite.

35. Dent canine placée hors de rang.

36. Squelette, avec tête hydrocéphalique, d'un enfant mort à l'âge d'un an, et que sa mère a nourri jusqu'à cette époque. La tête a 2 pieds 3 pouces de circonférence. (Don de M. le docteur Champion, de Bar-le-Duc.)

37. Tête d'un enfant de onze ans, offrant, dans la partie postérieure des pariétaux et dans l'occipital, beaucoup de points non ossifiés. (Don de M. Champion.)

38. Tête d'hydrocéphale. L'individu auquel elle appartenait, était maniaque et mourut à l'âge de vingt-deux ans. (Donnée par M. le D.r Ristelhueber.)

39. Fœtus embaumé.

40. Courbure considérable de l'épine du dos, survenue à la suite du mal vertébral de Pott. (Don de M. Blum, étudiant en médecine.)

41. Vertèbres soudées par leurs apophyses obliques.

42. Côtes réunies par synostose.

43. Côtes et vertèbres synostosées.

44. Corps des vertèbres synostosés.

45. Courbure en avant (lordose) de la partie moyenne de la colonne vertébrale, par suite d'une carie du corps des vertèbres. Synostose d'une côte à ses vertèbres correspondantes.

46. Ossification des cartilages des côtes.

47. Côtes fourchues à leur extrémité antérieure.

48. Côtes cariées.

49. Vertèbres de cheval soudées.

50. Portion de colonne vertébrale avec quatre côtes cariées.

51. Perforation de la seconde pièce du sternum.

52. Perforation de la partie supérieure du sternum.

53. Exostoses sur les deux faces du sternum.

54 et 55. Synostose de deux pièces du sternum.

56. Bassin dont tous les os sont affectés de spina ventosa.

57. Dégénérescence très-remarquable des surfaces articulaires coxo-fémorales et fémoro-tibiales, avec déformation dans la diaphyse des os de la cuisse et de la jambe.

58. Déformation de la cavité articulaire cotyloïde par suite de coxalgie. (Don de M. le docteur Aronssohn.)

59. Destruction des os du bassin.

60. Carie profonde à l'os des îles.

61. Côté droit d'un bassin d'homme, et fémur du même côté, atrophiés.

62. Fracture non consolidée de l'humérus droit.

63. Fracture du fémur.

64 à 66. Fracture du col du fémur.

67. Fracture du col du fémur et du grand trochanter.

68. Fracture des os de la jambe d'une oie.

69. Fracture du tibia d'un dindon.

70. Fracture du tibia d'une poule.

71. Fracture du fémur d'un pigeon.

72. Fracture d'un os de poulet.

73. Fracture d'un os de grenouille.

74. Fracture très-oblique du fémur; consolidation incomplète.

75. Fracture non consolidée des deux os de la jambe.

76. Fracture du fémur.

77. Fracture du col du fémur.

78. Traces apparentes d'une fracture consolidée de l'omoplate droite.

79. Exostose en forme de chou-fleur, enlevée de dessus l'omoplate d'un jeune homme. (La plaie s'est cicatrisée au bout de deux mois et demi.)

80. Végétation osseuse autour du petit trochanter.

81. Tibia affecté de gonflement.

82 et 83. Hypérostoses du fémur.

84. Fémur attaqué de gonflement et de raréfaction de tissu à l'endroit qu'avait occupé un anévrisme de l'artère poplitée.

85. Fémur dégénéré en un vaste sac cartilagineux (ostéosarcose). Don de M. MARCHAL, chirurgien en chef de l'hôpital civil. [1]

86. Fémur dont la face antérieure est très-inégale et rugueuse.

87. Exfoliation d'une portion de fémur : cavité du cylindre osseux très-étendue et à parois minces.

88. Atrophie du fémur.

89. Ankylose complète de l'articulation coxo-fémorale.

90. Exostose à la rotule.

---

1 Cette pièce est décrite dans le rapport précédent, pages 33 et 34. Le malade qui a fourni ce cas intéressant, amputé par M. MARCHAL le 26 Juillet 1821, jouit encore aujourd'hui, 29 Avril 1824, d'une très-bonne santé.

91. Déformation du tibia avec raréfaction fibrillaire corticale de son tissu.

92. Exostose à la partie supérieure du tibia.

93. Portion de la huitième côte droite, cariée par suite d'un dépôt survenu pendant le cours d'une fièvre putride.

94. Carie à la partie latérale gauche de la mâchoire inférieure.

95. Partie supérieure de l'humérus rongée par la carie.

96. Raréfaction du tissu d'un humérus d'un jeune sujet.

97. Exostoses aux os de l'avant-bras du métacarpe et des phalanges.

98. Modèle en plâtre d'un membre supérieur gauche dont on a retranché les extrémités articulaires cariées de l'humérus et du cubitus. (Donné par M. le docteur Champion, de Bar-le-Duc.)

99. Carie à l'articulation du coude par suite d'une tumeur blanche.

100. Nécrose d'une portion d'os nouvellement formée autour du cylindre d'un fémur amputé.

101. Destruction du cartilage articulaire des condyles du fémur.

102. Destruction du cartilage articulaire des condyles du tibia.

103. Carie profonde aux deux os de la jambe.

104. Carie du tibia.

105. Tibia amputé, affecté de carie. (Don de M. le docteur Rey, de la Petite-Pierre, département du Bas-Rhin.)

106. Nécrose du tibia droit.

107. Péroné affecté de carie profonde.

108. Intumescence et aspérités du fémur.

109. Spina ventosa du cubitus droit. (Don de M. le docteur Morel, de Colmar.)

110. Ostéosarcose considérable de la tête du péroné gauche. (Don de M. le D.r Morel, de Colmar.)

111. Os de la jambe affectés de spina ventosa.

112. Planche contenant huit séquestres d'os de l'extrémité supérieure. (Don du même.)

113. Planche contenant cinq séquestres d'os de l'extrémité inférieure. (Don du même.)

114. Carie à la partie moyenne de la clavicule.

115. Destruction des cartilages articulaires du genou.

116. Déformation de la tête du fémur et absence du grand trochanter.

117. Érosion du cartilage articulaire des condyles du fémur.

118. Carie scrophuleuse de la troisième côte gauche.

119. Perforation de la portion surépineuse de l'omoplate.

120 et 121. Synostose des os du carpe entre eux et avec ceux du métacarpe.

122. Fracture consolidée du tibia.

123. Fracture consolidée d'un tibia de poule.

Maladies des muscles, du cœur, des vaisseaux sanguins et lymphatiques.

124. Concrétion osseuse développée dans l'origine des muscles gatrocnémien et plantaire grêle.

125. Muscles jambier antérieur et extenseur commun, détruits en partie par la suppuration.

126. Deux muscles gastrocnémiens du même cadavre, dont l'un atrophié, l'autre dans l'état naturel.

127. Ossification des artères coronaires du cœur.

128. Ossification de l'artère splénique.

129. Ossification des capillaires artériels du cerveau et du cervelet.

130. Veines de l'extrémité inférieure variqueuses dans une grande étendue.

131. Concrétion polypeuse dans le réservoir du chyle.

132. Nerfs suivis dans l'intérieur d'une tumeur lardacée entourant l'artère aorte.

133. Disposition des vaisseaux artériels de la cuisse d'un homme opéré, deux ans avant sa mort, d'un anévrisme de l'artère crurale.

134. Ossification de la valvule mitrale, avec rétrécissement de l'orifice auriculo-ventriculaire gauche.

135. Cylindre artériel ossifié.

136. Anévrisme de l'artère poplitée. Dissection des tuniques du vaisseau. (Le fémur était altéré dans sa texture.)

137. Péricarde épaissi, adhérant dans toute son étendue à la surface du cœur.

138. Adhérence du péricarde au cœur.

139. Ouverture de communication dans la cloison des oreillettes sur le cœur d'un adulte. (Don de M. le docteur Aronssohn.)

140. Cœur anévrismatique. Aorte incrustée de matière calcaire.

141. Anévrisme actif du cœur. Ossification des valvules mitrales et sigmoïdes de l'aorte.

142. Anévrisme actif du cœur.

143. Anévrisme de l'aorte descendante avant la naissance du tronc cœliaque.

144. Dilatation extraordinaire de l'aorte ascendante d'un homme opéré, deux ans avant sa mort, d'un anévrisme de l'artère crurale.

145. Concrétion polypeuse retirée de l'artère aorte du singe magot (*simia inuus*).

146. Concrétion polypeuse fixée dans l'intérieur de la veine cave inférieure.

147. Anévrisme de l'aorte, pénétrant dans le poumon gauche.

148. Anévrisme de l'aorte, rompu et communiquant avec la trachée-artère. (Don de feu M. le docteur Rosenstiel, à Bouxwiller, Départ. du Bas-Rhin.)

149. Excroissance charnue sur une des valvules sigmoïdes de l'aorte.

150. Anévrisme de l'aorte ascendante et de la crosse, communiquant avec la trachée-artère par plusieurs ouvertures.

151. Anévrisme à la concavité de la crosse de l'aorte.

152. Anévrisme de l'aorte ascendante; ossification des parois artérielles.

Maladies de la plèvre, du poumon, du larynx et de la trachée-artère.

153. Plèvre enflammée et séchée.

154. Plèvre épaissie, couverte de fausses-membranes.

155. Granulations encéphaloïdes développées dans la plèvre costale et dans la portion qui tapisse le diaphragme. (Don de M. le docteur Aronssohn.)

156. Épaississement cartilagineux d'une portion de la plèvre.

157. Plèvre enflammée.

158. Ossification de la plèvre.

159. Hépatisation du poumon gauche d'un magot (*simia inuus*).

160. Poumons tuberculeux du magot.

161. Poumons du mongous (*lemur mongos*), remplis d'hydatides.

162. Hépatisation du poumon, avec engorgement des glandes bronchiques.

163. Poumon entier, garni de tubercules encéphaloïdes.

164. Ver ascaride lombricoïde trouvé dans la trachée-artère, à l'endroit de la division de ce tuyau, chez un enfant de 8 ans mort suffoqué avec des symptômes d'hydrophobie.

165. Ulcération du larynx et de la trachée-artère d'un phthisique.

166. Ossification de tous les cartilages du larynx.

Maladies des organes de la digestion.

167. Polype fibreux, qui était attaché dans une grande portion de son étendue à la face postérieure du voile du palais.

168. Perforation de l'œsophage à la suite d'une pression exercée par un anévrisme de l'artère-aorte.

169. Perforation de l'estomac et du duodénum à la suite d'une chute sur une latte qui, après avoir traversé les muscles du dos et fracturé deux côtes, a atteint ces viscères.

170. Nerfs vagues poursuivis dans l'intérieur d'une tumeur lardacée, située sur la petite courbure de l'estomac.

171. Perforation de l'estomac à la suite d'un cancer. Pancréas adhérent à la face postérieure du ventricule et formant le fond de l'ulcère.

172. Estomac présentant des ouvertures à travers lesquelles ont passé des épingles à cheveux qui avaient été avalées.

173. Rate traversée d'une semblable épingle avalée.

174. Épiploon gastro-colique traversé de même.

NB. Le foie renfermait également deux de ces épingles dans deux vastes abcès, dont l'un occupait le lobe droit, l'autre le lobe gauche de ce viscère. La pièce n'a pas pu être conservée.

175 et 176. Squirrhes de l'estomac.

177. Cancer de l'estomac à son orifice cardiaque.

178. Squirrhe du pylore avec épaississement des parois de l'estomac.

179. Coloration en noir de la membrane veloutée de l'intestin grêle.

180. Portion d'intestin grêle considérablement rétrécie dans deux endroits.

181. Invagination de la fin de l'iléon, du cœcum et du colon. (L'intestin cœcum a été entraîné jusque dans le rectum.)

182. Ulcération profonde de la surface interne de tout le gros intestin.

183. Hernie étranglée.

184. Hernie inguinale épiploïque, } préparées pour voir le rapport des diverses parties déplacées.

185. Hernie crurale épiploïque, }

186. Rétrécissement et épaississement de la fin du colon. Ulcération du rectum.

187. Rétrécissement squirrheux du rectum.

188. Fistule recto-vaginale.

189. Tunique péritonéale du foie enflammée et séchée.

190. Foie avec des tubercules blancs, déprimés dans leur centre.

191. Foie présentant un aspect granité par le mélange d'un grand nombre de tubercules blancs et mélanés.

192. Foie tuberculeux d'une oie.

193. Foie tuberculeux d'une poule.

194. Foie du mongous garni d'hydatides (*lemur mongos*).

195. Foie tuberculeux du magot.

196. Canaux biliaires renfermant des vers ascarides lombricoïdes.

197. Vésicule du fiel, avec un appendice renfermant un calcul.

198. Vésicule du fiel dont les parois sont très-épaisses.

199. Vésicule du fiel à parois épaisses.

200. Vésicule du fiel épaissie, dont les tuniques sont disséquées.

201. Vésicule du fiel avec des calculs.

202. Vésicule du fiel avec un calcul.

203. Vésicule du fiel renfermant des calculs.

204. Vésicule du fiel avec un énorme calcul.

205. Pancréas converti en graisse.

206. Pancréas stéatomateux ; son canal excréteur très-dilaté.

207. État cartilagineux de l'épiploon gastro-colique.

208. Tubercule osseux développé dans le tissu de la rate.

209 et 210. Deux rates de magots tuberculeuses.

Maladies des voies urinaires.

211. Rein dégénéré en un tissu lardacé.

212. Rein ulcéré ; calculs logés dans le bassinet.

213. Encéphaloïdes attaché à l'extrémité supérieure du rein.

214. Encéphaloïdes de la capsule surrénale.

215. Vessie à colonnes, très-rétrécie ; prostate extrêmement tuméfiée.

216. Tuméfaction de la prostate.

217. Vessie très-dilatée, à parois minces.

218. Vessie cancéreuse ayant renfermé un gros calcul urinaire.

219. Vessie à colonnes ; abcès situés à la surface externe et pénétrant dans la cavité de ce viscère.

220. Vessie à parois très-épaissies; inflammation de la membrane interne; tuméfaction de la prostate.

221. Vessie enflammée; hydropisie de l'ovaire.

Maladies des organes génitaux de l'homme.

222. Tumeur encéphaloïde du pénis.

223. Hydrocèle de la tunique vaginale des deux testicules.

224. Deux testicules du même sujet: l'un avec un hydrocèle par épanchement; l'autre avec adhérence entre le testicule et sa tunique vaginale, suite de la cure radicale opérée au moyen de l'incision.

225. Epididyme converti en un sac cartilagineux avec des points d'ossification.

Maladies des organes génitaux de la femme.

226. Dégénérescence par vice syphilitique des organes génitaux externes d'une femme; aspect d'éléphantiasis.

227. Excroissance, en forme de chou-fleur, du clitoris.

228. Grand abcès situé entre le vagin et le rectum.

229. Col de la matrice imperforé.

230. Chute de la matrice.

231. Polype charnu de la matrice.

232. Polype fongueux de la matrice.

233. Cancer du col de la matrice.

234. Matrice cancéreuse; dégénérescence cérébriforme.

235. Tumeurs osseuses très-considérables, implantées sur la matrice et dans l'épaisseur de ses parois.

236. Kyste développé dans la paroi postérieure de l'utérus.

237. Tumeurs fibreuses et stéatomateuses, développées dans le tissu de la matrice.

238. Matrice adhérente aux intestins grêles; abcès des ovaires.

239. Substance pultacée cérébriforme, contenue dans un ovaire dégénéré en kyste.

240 et 241. Concrétions pilo-graisseuses trouvées dans un ovaire.

242. Hydropisie de la trompe de Fallope.

243. Dilatation, avec épaississement des parois, d'une corne de la matrice d'un chat.

244. Conception extrà-utérine (fœtus presqu'à terme, extrait au moyen de l'opération césarienne). Placenta d'un volume extraordinaire. Utérus assez développé. (Don de M. le docteur Ristelhueber.)

245. Fœtus à terme rendu par l'anus. (Don de M. le docteur Pauli, de Wissembourg, Départ. du Bas-Rhin.)

246. Cancer de la mamelle.

Fœtus monstrueux.

247. Fœtus acrânien, de six mois et demi.

248 et 249. Squelettes de fœtus acrâniens.

250. Cerveau d'un fœtus acrânien, renfermé dans un sac situé à l'occiput.

251. Moelle épinière de ce même fœtus.

252. Reins et capsules surrénales du même.

253. Peau de la tête et de la face du même, avec le sac qui renfermait le cerveau; le tout séché.

254. Placenta et fœtus expulsés de la matrice trois mois après la mort de ce dernier.

255 à 258. Pieds-bots d'adultes.

259. Tête de chien monstrueuse.

260. Fœtus de chat sans nez, ayant un œil au bas du front.

261. Squelette d'un veau monstrueux.

262. Tête de veau monstrueuse.

263. Tête de veau monstrueuse, ayant deux mâchoires inférieures.

264. Côtes soudées d'un veau monstrueux.

265. Tête de cochon-babiroussa (*sus babirossa*), dont la défense supérieure, trop recourbée, pénètre dans le crâne par son extrémité libre.

266. Poulet à trois pieds.

Maladies du système nerveux et des organes des sens.

267. Ossification de la dure-mère.

268. Dure-mère ayant à sa face interne une poche divisible en plusieurs lames, interceptant des espaces remplis d'un suc gélatineux.

269. Fongus de la dure-mère pénétrant au dehors du crâne et se faisant jour à travers le cuir chevelu.

270. Dure-mère d'un maniaque, ayant à sa face interne une collection de matière visqueuse brune, renfermée entre des lames minces, semblables à l'arachnoïde.

271. Dure-mère épaissie, avec adhérence au cerveau, d'un maniaque épileptique.

272. Sarcome attaché à la dure-mère.

273. Excroissance charnue à la faux du cerveau.

274. Épaississement de l'arachnoïde et de la pie-mère.

275. Concrétion osseuse implantée dans l'arachnoïde; adhérence de cette membrane à la pie-mère.

276 et 277. Vers vésiculaires (cysticerques) contenus dans la pie-mère.

278. Portion de cerveau d'un épileptico-maniaque, dont les circonvolutions, peu prononcées, étaient adhérentes à la dure-mère.

279. Circonvolutions larges dans les lobes antérieurs du cerveau d'un aliéné.

280. Substance tuberculeuse développée dans l'hémisphère gauche du cerveau d'un enfant.

281. Deux portions d'un hémisphère droit du cerveau d'un apoplectique, renfermant une caverne assez vaste, remplie de sang extravasé.

282. Atrophie d'un des nerfs optiques d'un borgne.

283. Yeux d'aveugle : 1.° opacité de la cornée transparente; 2.° leucome; 3.° commencement de cataracte.

284. Tumeurs développées dans les filets du nerf musculo-cutané (*névromes*). (Don de M. le docteur Aronssohn.)

285. Double ganglion cervical supérieur du nerf intercostal.

286. Ganglion dans l'épaisseur des deux nerfs splanchniques du même cadavre.

287. Épaississement d'un des ganglions sémilunaires.

288. Polype des fosses nasales.

289. Ongle d'un jeune sujet, monstrueux.

Productions et organisations nouvelles.

290. Enveloppe cutanée d'un lipome situé sous le bras et adhérent au muscle grand pectoral. (Don de M. le docteur Morel.)

291. Lipome, renfermant une concrétion osseuse, enlevé de dessus le grand trochanter.

292. Corps fibreux situé entre la mamelle et le muscle grand pectoral, enlevé par l'amputation.

293. Tumeur mélanée du cuir chevelu. (Don de M. le docteur Aronssohn.)

294. Tumeur encéphaloïde placée à la partie supérieure et interne de la cuisse.

295. Main gauche affectée d'un énorme encéphaloïdes.

296. Dégénérescence squirrheuse des glandes lymphatiques du cou d une femme morte d'apoplexie.

297. Quarante-six calculs biliaires renfermés dans la même vésicule du fiel.

298. Seize calculs biliaires renfermés dans la même vésicule du fiel.

299. Deux calculs biliaires.

300. Calculs prostatiques.

301, 302. Vers vésiculaires rendus par les selles.

303. Vers ascarides sémilunaires.

304. Ascaride lombricoïde du cheval.

305. Ailes de la cigogne attaquées de gonflement à l'insertion des plumes. (L'animal est mort de cette maladie.)

Nota. Six pièces modelées, tant en cire qu'en terre, et dont l'énumération se trouve dans la liste suivante, complètent le nombre (311) de nos pièces pathologiques.

IV.

PRÉPARATIONS EN CIRE. *

1. Cerveau humain entier, avec l'origine des douze paires de nerfs cérébraux.

2. Coupe du cerveau représentant les deux ventricules latéraux ouverts.

3. Corps calleux, avec la cloison transparente.

---

* Toutes ces préparations sont dues aux talens et à l'habileté de M. le docteur *Ehrmann*, chef des travaux anatomiques.

4. Cerveau entier de cheval.
5. Cerveau de chien.
6. Cerveau de mouton.
7. Tête d'un fœtus acrânien qui a vécu deux jours.
8. La même tête modelée en terre.
9. La même tête avec le fœtus entier, modelés en terre.
10. Main gauche affectée d'un énorme encéphaloïdes.
11. Main et pied d'un enfant, difformes par l'effet d'une dartre phlycténoïde.
12. Cavité du tympan, avec les objets qu'elle renferme, modelés en terre.
13. Osselets de l'ouie séparés.
14. Osselets de l'ouie en rapport avec la membrane du tympan.
15. Oreille interne (labyrinthe).

(Ces quatre derniers objets sont dix fois plus gros que dans l'état naturel.)

Collection de vingt-une espèces de champignons, tant comestibles que vénéneux.

1) *Champignons vénéneux.*

16. L'agaric aux mouches (*agar. muscarius*).
17. L'oronge ciguë blanche (*agar. bulbosus, var. alb.*).
18. L'oronge ciguë jaunâtre (*agar. bulbosus, var. flav.*).
19. L'oronge ciguë verte (*agar. bulbosus, var. virid.*).
20. L'oronge visqueuse (*hypophyllum maculatum*, Paulet).
21. L'oronge vineuse (*hypophyllum vinosum*).
22. L'oronge croix-de-Malte (*hypophyllum crux melitensis*).
23. L'oronge souris (*hypophyllum anguineum*).
24. L'oronge paucière de Picardie (*hypophyllum pellitum*).

25. L'agaric meurtrier (*agar. necator*).
26. Le pineau jaunâtre (*boletus*, *tubiporus mutabilis*).
27. Le pineau rouge (*boletus*, *tubiporus crythrocephalus*).
28. La morille impudique (*phallus impudicus*).

2) *Champignons comestibles.*

29. L'oronge vraie (*agar. cæsareus*).
30. L'agaric des couches (*agar. campestris*).
31. Le mousseron (*agar. gymnopus*).
32. La mérule chanterelle (*merulius cantharellus*).
33. L'agaricus pratella (*vindobonensis*).
34. Boletus hepaticus.
35. Boletus cinnamomeus.
36. Hydnum repandum.

FIN.

